Nr. 49. 6. grudnia 1931. Rok X.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

DONIESIENIA TYMCZASOWE.

Doc. Dr. med. Wacław ZALESKI, Adiunkt Kliniki. Wilno.

Próby wszczepiania zapłodnionego jaja u króliczek.

Z Kliniki Położniczo-Ginekologicznej U. S. B. w Wilnie.
Dyrektor: Prof. Dr. med. W. Jakowicki.
i Zakładu Histologji Uniwersytetu strasburskiego.
Dyrektor: Prof. Dr. med. P. Bouin.

Liczne doświadczenia ze wszczepianiem odcinków rogów macicy króliczek do różnych narządów jamy brzusznej, miednicy małej, jamy opłucnej i pod skórę ucha oraz pod gruczoł mleczny, wykonane przezemnie w roku 1930 w Zakładzie Histologji Uniwersytetu strasburskiego, niezbicie wykazały, że we wszczepionych odcinkach narządu rodnego występują w pewien czas *post coitum* charakterystyczne zmiany cykliczne, rozwijające się pod wpływem działania ciałka żółtego.

Zmiany podobne, najbardziej wybitnie występujące w śluzówce, jak stwierdza Bouin, są wyrazem przygotowania śluzówki macicy do zagnieżdżenia się zapłodnionego jaja, co ma miejsce u króliczek w końcu 7-go dnia po stosunku.

Fakt ten dał mi impuls do rozpoczęcia jednocześnie ze wspomnianemi doświadczeniami prób przenoszenia zapłodnionego jaja do wszczepionych odcinków rogu macicy.

Doświadczenia te miały za zadanie stwierdzić z jednej strony fakt, że zmiany swoiste, występujące we wszczepionej śluzówce macicy po stosunku niezapładniającym, są biologicznie zupełnie identyczne ze zmianami, rozwijającemi się w śluzówce po stosunku prawidłowym. Innemi słowy, że charakter swoistego działania hormonu ciałka żółtego na śluzówkę macicy w obu przypadkach jest zupełnie identyczny i że obecność zapłodnionego jaja w macicy nie jest konieczna do całkowitego przygotowania śluzówki macicy do zagnieżdżenia jaja.

Liczne doświadczenia, robione zarówno w Strasburgu, jak i później w Wilnie w ogólnej liczbie 40, obejmowały próby wprowadzenia zapłodnionego jaja w końcu 4-go, 5-go, 6-go lub początku 7-go dnia *post coitum* do odcinków rogu macicy, wszczepionych pod skórę ucha lub pod gruczoł mleczny, wreszcie do kikuta dośrodkowej połowy rogu macicy, pozostawionego *in situ* w jamie brzusznej. Doświadczenia te jednak pozostały bez wyniku, co tłumaczyć należy w ten sposób, że prawdopodobnie gromadząca się w tych odcinkach macicy wydzielina śluzowa oraz otaczające zrosty, uniemożliwiają w takich warunkach rozwój wszczepionego jaja.

Wynikiem tych doświadczeń było stwierdzenie faktu, że zapłodnione jaje w jednym i tym samym dniu po stosunku bywa różnej wielkości, w zależności od tego, czy leżało ono w dośrodkowym odcinku rogu macicy, czy też w jego obwodowej części. Pierwsze są zazwyczaj większe, leżące zaś w obwodowej części rogu są mniejsze. Zjawisko to może być wytłumaczone w ten sposób, że te jaja, które później opuściły pęcherzyk Graafa, później zakończyły wędrówkę przez jajowód i miały mniej czasu do swego rozwoju, są one przeto mniejsze i słabiej rozwinięte.

Przypuszczenie to potwierdza fakt znajdywania obumarłych płodów w przypadkach ciąży prawidłowej w obwodowych odcinkach rogu macicy, gdy w dośrodkowej części rogu ciąża trwała nadal i płody rozwijały się prawidłowo.

Stwierdziłem również, że ze względów technicznych najbardziej nadaje się do wszczepiania jaje w końcu 5-go lub w początku 6-go dnia; wcześniejsze jest zbyt małe i dość trudno go odszukać wśród fałdów śluzówki, późniejsze jest zbyt duże i łatwo pęka podczas manipulowania.

Ostatniemi czasy zmodyfikowałem doświadczenia w ten sposób, że najprzód podwiązywałem i przecinałem trąbki w pobliżu ich ujścia domacicznego, następnie podczas rui pokrywałem króliczki samcem z podwiązanemi uprzednio przewodami nasiennemi, by uniknąć przypadkowej możliwości zapłodnienia. W tymże dniu, lub w następnym (jednak przed upływem 24 godzin) pokrywałem zdrowym samcem normalną samkę, a po upływie 5—6 dni, jaja uzyskane od tej ostatniej, wszczepiałem króliczce przygotowanej w powyższy sposób.

Wśród sześciu doświadczeń wykonanych w ten sposób od 1. IV. do 22. VII. 1931 r. wreszcie jedno dało mi wynik dodatni, gdy pozostałe dały wynik ujemny, co należy tłumaczyć najprawdopodobniej uchybieniami technicznemi.

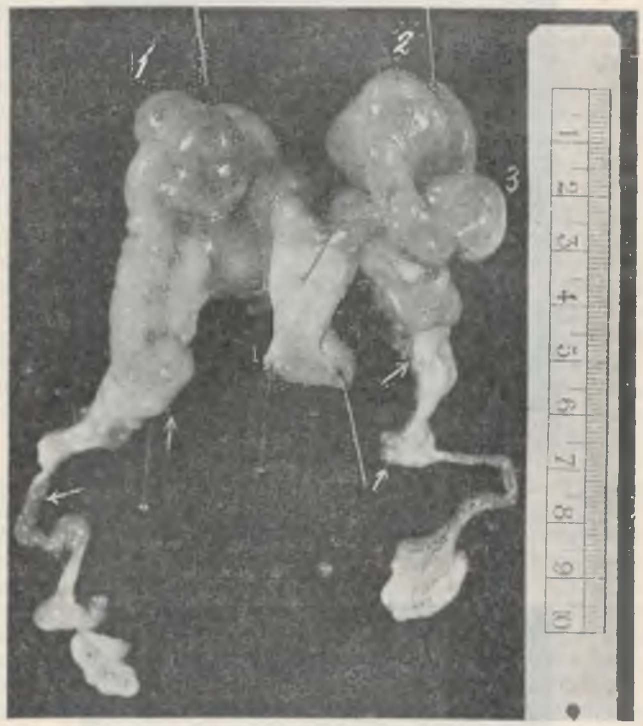
Szczegóły ostatniego doświadczenia przedstawiają się następująco:

3. V. 1931 r. dwom samkom (a i b) w wieku około 1 roku, które już przedtem rodziły, w znieczuleniu eterowem otwarto jamę brzuszną, założono po 2 podwiązki z jedwabiu na obie trąbki w pobliżu ujścia macicznego i przecięto je pomiędzy podwiązkami, poczem jamę brzuszną zaszyto doszczętnie.

15. VII. 1931 r. obie samki (a, b) pokryto samcem z podwiązanemi przewodami nasiennemi.

16. VII. t. j. w 20 godzin później normalną samkę (c) pokryto zdrowym samcem.

22. VII. — relaparotomja w znieczuleniu perkainą. Obu samkom (a i b) podłużnie nadcięto obwodowy koniec rogów macicy, założono po 2 szwy jedwabne w miejscu nacięcia, pozostawiając je jednak nie zawiązane. Samce zaś normalnej (c) również w znieczuleniu perkainą wycięto kolejno każdy z rogów macicy, rozpięto go na deseczce i rozcięto podłużnie.



Ryc. 1.

Narząd rodny króliczki. Ciąża 2 tygodn. W prawym rogu widoczne jedno wszczepione zapłodnione jaje, a w lewym rogu dwa jaja.

Zapłodnione jaja wybrano maleńką szklaną łyżeczką, zwilżoną w ciepłym (38°) roztworze Ringer-Loke'a (wymiary łyżeczki 3×5 mm) i jaja od samki (c) w liczbie ośmiu włożono obu samkom (a i b) po dwa do każdego rogu, poczem zawiązano szwy i jamę brzuszną zamknięto doszczętnie.

Podczas przenoszenia zapłodnionego jaja samce (b), zaszły pewne powikłania, gdyż niektóre z jaj przykleiły się do łyżeczki lub wyślizgiwały się z powrotem przez wytworzony otwór w rogu macicy, wskutek czego musiano je wprowadzać powtórnie.

30. VII. — samki (a i b) zostały zabite, a narząd rodny wycięty.

U samki (a) stwierdziłem obecność jednego okrągłego tworu w prawym rogu i dwu takichże tworów w lewym rogu, odpowiadających 2-tygodniowej ciąży.

U samki (b) podobnych tworów nie stwierdzono.

Wynik ujemny doświadczenia w tym przypadku należy tłumaczyć zaszłemi powikłaniami i uszkodzeniem jaj podczas przeszczepiania.

Na załączonej fotografji (Nr. 1) widać rozszerzone silnie naczynia krwionośne w prawym rogu w miejscu wytworzenia się

łożyska 2-tygodniowego jaja, lewy zaś róg jest nieco skręcony wskutek dość licznych zlepów otrzewnowych i zawiera dwa jaja płodowe. Górna para wskazówek określa miejsce zeszycia rogów po wprowadzeniu zapłodnionych jaj, dolna zaś para — miejsce podwiązania trąbek.

Odcinki obu ciężarnych rogów razem z płodem utrwalono w płynie Heidenhain'a-Sus'a i wobec okresu wakacyjnego dopiero po upływie 6 tygodni poddano badaniom drobnowidowym, zatapiając je w parafinie i barwiąc hematoksyliną i eozyną. Jeden z odcinków rogu (2) rozcięto przed zatopieniem w parafinie i *ad oculos* stwierdzono obecność płodu.

Badanie drobnowidowe (fot. Nr. 2): Płód wykazywał prawidłową budowę, odpowiadającą 14 dniom, żadnych zaburzeń rozwojowych nie stwierdzono. W obwodowej części preparatu po stronie prawej widać część omoczni oraz bliżej do płodu — owodnię i nieco dalej — kosmówkę. W górnej części preparatu widać przekrój głowowej części płodu: 1) komorę boczną mózgu, 2) siatkówkę, III-cią komorę oraz IV-tą komorę. 5) pępowinę, zawierającą żyłę pępowinową i dwie tętnice oraz przewód żółtkowy. W obrębie jamy owodni widać u góry 6) nadciętą przednią kończynę, a u dołu 7) tułów i miejsce odejścia tylnej kończyny. Na lewo widzimy 8) części łożyska, 9) fałdy śluzówki nie przyjmującej udziału w wytwarzaniu łożyska oraz 10) mięśnie ścianki rogu.



Ryc. 2.
Obraz drobnowidowy poprzecznego przekroju płodu, błon oraz łożyska.



Ryc. 3.
Obraz drobnowidowy poprzecznego przekroju łożyska.

Preparat łożyska (fot. Nr. 3) wykazuje, że składa się ono z charakterystycznych dla tego okresu rozwoju (14 dni) trzech warstw: a) *placenta foetalis*, b) *placenta materna*, c) labiryntu, czyli warstwy pośredniej, gdzie płodowe elementy łożyska wchodzą w ścisłą łączność z elementami matczynemi łożyska. Widać też typową budowę kosmków, tkankę doczesnową oraz charakterystyczne zmiany naczyń krwionośnych.

W ten sposób udatny wynik doświadczenia ze wszczepianiem zapłodnionego jaja (mimo, że jest to dotąd jedyny przypadek), nasuwa szereg rozważań natury biologicznej.

1) Świadczy on przedewszystkiem o tem, że homoiotransplantacja zapłodnionego jaja u króliczek jest możliwa.

2) Że zapłodnione jaje nietylko zagnieżdża się w odpowiednio przygotowanym przez działanie hormonu ciałka żółtego rogu macicy drugiego osobnika tegoż gatunku, lecz żyje i rozwija się na nowym terenie bez widocznych zaburzeń.

3) Zachowanie zdolności życiowych oraz dalsza ewolucja wszczepionego w ten sposób jaja świadczy o tem, że rozwija się ono jako samodzielny organizm i że homoiotransplantacja nie prowadzi do zmian degeneracyjnych i w ten sposób nie wpływa ujemnie na dalszy rozwój jaja aż do połowy ciąży.

4) Warunki biologiczne rozwoju wszczepionego w ten sposób jaja są więc odmienne od losu innych tkanek wszczepionych zapomocą tejże metody homoiotransplantacji, gdyż wiemy, że tkanki i narządy wszczepione w ten sposób ulegają po pewnym okresie czasu zmianom destrukcyjnym, a nawet całkowitemu zanikowi.

5) Przygotowanie błony śluzowej macicy do zagnieżdżenia zapłodnionego jaja po stosunku niezapładniającym jest zupełnie wystarczające i prawdopodobnie zupełnie identyczne z takiemiż zmianami, jakie występują w niej po stosunku zapładniającym, t. j. że w obu okolicznościach działanie hormonu ciałka żółtego jest identyczne i że obecność zapłodnionego jaja w rogu macicy nie jest do tego konieczna.

6) Różnica 20 godzin, jaka miała miejsce pomiędzy stosunkiem niezapładniającym, a stosunkiem prawidłowym, po którym jaje zostało wzięte do wszczepienia, nie wpływa ujemnie na zdolność śluzówki macicy do zagnieżdżenia jaja.

W toku dalszych doświadczeń będę się starał doprowadzić wszczepione w ten sposób jaje do końcowych okresów ciąży i do urodzenia płodu, gdyż poważnych przeszkód ku temu oczekiwać niema podstaw.

Dr. Henryk REISS. Kraków.

W sprawie leczenia rzeżączki[1]).

Z kliniki dermatologicznej Uniw. Jagiell.
Dyrektor: Prof. Dr. Fr. Walter.

Stężenie jonów wodorowych (pH) na błonie śluzowej cewki moczowej zarówno prawidłowej, jak i zmienionej zapalnie, nie jest ani stałe, ani jednakie; waha się ono, w cewce prawidłowej, w granicach 5,6—6,3, określane mierzeniem bezpośredniem i od 5,2—5,6, określane mierzeniem pośredniem; natomiast w cewce dotkniętej zapaleniem waha się stężenie jonów wodorowych w granicach od 5,1—7,2 przy mierzeniu bezpośredniem i od 5,0—6,1 przy mierzeniu pośredniem. (Klein, Archiv für Dermat. u. Syph., tom 163). Nasilenie sprawy zapalnej nie odgrywa roli zasadniczej, jeśli chodzi o stopień stężenia jonów. Jednak stężenie to musi zapewne wywierać wpływ biologiczny na ziarenkowce rzeżączki. Stężenie jonów w środowisku zapalnem cewki stanowi pewną wypadkową stężenia jonów w moczu, w śluzie komórek nabłonkowych cewki i wydzielinie gruczołów cewkowych. Odczyn moczu bywa zazwyczaj kwaśny, natomiast składniki pozostałe, zwłaszcza wydzielina gruczołów cewkowych, są słabiej kwaśne, a bywają i zasadowe. Według Kleina unikają ziarenkowce rzeżączki odczynu kwaśnego, dlatego też kierują się w obręb gruczołów, do środowiska o wyższem pH i tem się ma tłumaczyć tak szybkie ich drążenie wgłąb błony śluzowej i tak szybkie objęcie sprawą zapalną głębszych jej warstw już w okresie początkowym choroby. Gdyby nawet tak było, nasuwa się myśl, aby alkalizowaniem powierzchni błony śluzowej (zarówno zmieniając odczyn moczu, jak i sztucznem alkalizowaniem cewki od zewnątrz) spowodować odwrót ziarenkowców z głębszych warstw błony śluzowej ku jej powierzchni. Poza tem niewiadomo, czy odczyn zasadowy sprzyja obecności i rozwojowi ziarenkowców, czy też właśnie obecność większej ich ilości wywołuje powstanie odczynu zasadowego. Wszak Boas (Dermat. Zeitschrift, tom 62, 1931) podkreśla, że już niebawem po rozpoczęciu się objawów chorobowych, przybierać ma wydzielina cewkowa odczyn alkaliczny, co ma być objawem samoobrony ustroju

---

[1]) Ze względu na zakorzenienie się nazwy „rzeżączka“ na oznaczenie „gonorrhea“, używam jej w pracy niniejszej, chociaż właściwą nazwą jest „wiewiór“, a wyrażenie „rzeżączka“ oznacza tylko to samo, co „rznięcie“ (stranguria).

przeciw zarazkom, ponieważ one mają być mało odporne na środowisko o wyższem pH. Boas próbował alkalizacji cewki zapomocą podawania związków alkalicznych wewnętrznie (sody, magnezji), względnie przez wprowadzanie podobnych związków do cewki od zewnątrz. Pożywki sztuczne dla drobnoustrojów rzeżączki mają odczyn lekko zasadowy, nie przesądza to jednak sprawy, w jakiem środowisku czują się te ziarenkowce najlepiej w swem życiu pasorzytniczem, względnie jakie stężenie jonów jest dla nich niekorzystne.

Ważny bodziec do prób alkalizacji cewki w celach leczniczo-doświadczalnych stanowią wnioski Lewkowicza, który właśnie zakwaszeniu wysięku zapalnego przypisuje zmniejszenie się odporności ustroju w walce z jadem zakaźnym. Lewkowicz wyraża ten wniosek następująco: „Gdy powstaną rozleglejsze ogniska z wysiękiem ropnym, w takim razie odchylenia od stosunków prawidłowych mogą w środowisku zakażenia być bardzo znaczne, a wtedy wpływ uodpornienia na zakażenie zupełnie ustaje. Najbardziej uderzającem i najłatwiej dla nas uchwytnem tego rodzaju odchyleniem jest zakwaszenie wysięku; towarzyszą mu jednak niewątpliwie różne inne zmiany, pozostające w związku z nieprawidłowo wzmożonym rozpadem wysięku i tkanek. Jeżeli uda się nam osiągnąć u chorego dostatecznie uodpornionego usunięcie tych odchyleń od prawidłowego fizyczno-chemicznego stanu cieczy, to sama ta zmiana wystarcza zwykle do tego, aby nastąpiło stłumienie zakażenia". (P. Gaz. Lek. Nr. 36, 1931).

Wnioskowaćby można z tego, że już samem usuwaniem zakwaszenia w środowisku zapalnem cewki dążyć można do stłumienia rzeżączki. Tą drogą należy iść jeszcze dalej i jeśli wydzielina cewkowa miałaby już sama w sobie odczyn zasadowy, należałoby alkalizować ją jeszcze więcej. Opierając się na badaniach Kleina, wnioskowaćby można, że łatwiej jest zwiększyć pH w cewce, niż ją zmniejszyć; okoliczność sprzyjająca leczeniu alkalizacją.

Z drugiej strony wiadomo, że sole srebrowe stanowią dzielny środek leczniczy w rzeżączce, przez swe powinowactwo do ziarenkowców rzeżączki. Można próbować wprowadzania tych środków do cewki w mięszaninie zasadowej; ale nasuwa się nam przedewszystkiem pomysł, aby utrzymać na pewnym wyższym poziomie stężenie jonów wodorotlenowych w środowisku zapalnem cewki (zwłaszcza na powierzchni błony śluzowej) przez wprowadzanie do cewki roztworów związków zasadowych srebra. Mam tu na myśli tlenek srebra (Ag_2O) oraz związki podwójne w postaci płynnej; nadają się mianowicie do tego związki amonjakalno-srebrowe i jodek srebrowo-potasowy. Sporządzone w odpowiedni sposób roztwory wodne tych środków mają stosowne stężenie jonów wodorotlenowych i nadają się w odpowiedniej formie do celów doświadczalnych. Stosownie przygotowane roztwory tych środków wkroplone do worka spojówkowego świnki morskiej i wstrzyknięte do ludzkiej cewki moczowej nie wywołują zadrażnienia. Próby lecznicze temi środkami podjęliśmy i zastrzegamy sobie ogłoszenie wyników. Również podjęliśmy próby leczenia alkalizacją cewki moczowej przez wprowadzanie do niej roztworów dotychczas używanych (t. j. w rozczynach Na_2CO_3 i t. p.), oraz próby alkalizowania ustroju przez równoczesne dożylne wprowadzenie roztworów silnie alkalicznych (Na_2CO_3).

PRACE ORYGINALNE.

Dr. A. MESTER. Kraków.

O zachowaniu się H-substancji w schorzeniach reumatycznych [1]).

Z oddziału wewnętrznego Szpitala Gminy Żydowskiej w Krakowie. Prym.: Dr. E. Stahr.

Znaczenie skóry w patogenezie chorób reumatycznych, wysunięte przez ścisłe badania Pembertona, van Breemena, Otfr. Müllera i innych, jest oddawna znane u laików, którzy ochłodzenie czy przemoczenie skóry stale wysuwają jako przyczynę schorzenia. Również od dawna leczono choroby reumatyczne „odciąganiem na skórę" stosując środki drażniące w postaci plastrów, olejów i maści. Tutaj należą też zabiegi wodolecznicze, stosowanie mułu, borowiny, zabiegi fizykalne, jak naświetlanie słońcem, promieniami pozafiołkowemi, podczerwonemi, Roentgenem, i t. d. Wkońcu w arsenale leków przeciwreumatycznych znalazły się i szczepionki stosowane naskórnie, jak kutiwakcyna Paula i szczepionka Ponndorfa.

---

[1]) Wygłoszono na IX. Zjeździe Internistów Polskich w Krakowie dn. 24. IX. 1931.

W związku ze znaczeniem skóry w patogenezie spraw reumatycznych, bada się wrażliwość skóry na różne bodźce.

Odczyny naczyniowe skóry przedstawiają się następująco: słabe podrażnienie mechaniczne skóry np. lekkie pociągnięcie tępym przedmiotem, wywołuje t. zw. odczyn biały w postaci zblednięcia skóry w miejscu ucisku, na skutek wypełnięcia krwi z powierzchownych naczyń skóry. Odczyn ten występuje natychmiast i bardzo szybko znika. Uraz mechaniczny, rozciągający skórę, wywołuje czynny skurcz naczyń, warunkujących barwę skóry, a więc tętniczek końcowych, włosowatych, najmniejszych żył odprowadzających i splotu podbrodawkowego. Odczyn ten jest niezależny i od układu nerwowego ośrodkowego i od miejscowych odruchów — występuje on na skutek podrażnienia ścian naczyń. Jeśli wywrzemy na skórę silny ucisk tępym przedmiotem, powstaje w 3–15" odczyn w postaci miejscowego zaczerwienienia, które utrzymuje się zwykle ½—1', może jednak trwać kilka do 30'. Odczyn ten polega również na czynnem rozszerzeniu najmniejszych naczyń skórnych, jest również niezależny i od układu nerwowego ośrodkowego i od miejscowego odruchu nerwowego, gdyż wywołać go można w miejscach pozbawionych nerwów, czy to przez przecięcie, czy to przez zwyrodnienie. Jednorazowe silne lub kilkakrotne słabe nakreślenie linji na skórze wrażliwego osobnika, wywołuje obok linji czerwonej, po dalszych 15—30" zaczerwienienie okoliczne, w postaci czerwonego obwodu z miejscowem podniesieniem ciepłoty od 0.5—2° C. Czerwony obwód występuje skutkiem rozszerzenia tętniczek łączących splot tętniczy podbrodawkowy z tętniczkami skórnemi, a więc naczyń posiadających już silną warstwę mięsną i prawdopodobnie tętniczek o większym przekroju. Odczyn ten jest zależny od nerwów skóry. U ludzi wrażliwych, zwłaszcza młodych, mechaniczne drażnienie skóry tępem narzędziem może wywołać bąble t. zw. *„urticaria factitia"*. Bąbel występuje zwykle w 1—3', poczem w 5' osiąga swój największy wymiar. Znika po kilkudziesięciu minutach, może jednak utrzymywać się jedną i więcej godzin. Obok podrażnienia skóry mechanicznego w postaci nakreślenia linji, ukłucia lub zadrapania, również urazy cieplne, elektryczne, chemiczne i t. d. wywołać mogą na skórze potrójny odczyn w postaci: linji czerwonej, czerwonego obwodu i miejscowego obrzęku czyli bąbla. Z pośród bodźców chemicznych, które mogą wywołać wyżej wspomniany odczyn, wymienię obok kwasów: jak solny, mlekowy, mrówkowy, obok jodu, azotanu srebra i wielu innych — również histaminę. Jest to beta-imidazolyletylamina, powstaje z histydyny po odszczepieniu CO_2 — jest produktem fizjologicznym ustroju, powstającym przy rozszczepieniu białka. Początkowo została zbadana przez Ackermana i Kutschera, później przez Dale'a i innych. Spotyka się ją w zaczynach, w peptonie Witte'go, w białkach roślinnych i zwierzęcych. Barger i Dale wyosobnili histaminę z błony śluzowej jelita, zaś Best, Dale, Dudley i Thorpe z płuc i wątroby. Histamina wprowadzona do skóry w rozcieńczeniu 1:3000 daje po mniej więcej 20" miejscowe zaczerwienienie z szerokim czerwonym obwodem, tudzież bąbel o średnicy dochodzącej do 6 i więcej mm. Po 5' bąbel osiąga największy wymiar, poczem stopniowo się zmniejsza, by w ciągu godziny zupełnie zniknąć. Histamina wprowadzona w skórę w rozc. 1:500.000 jest jeszcze czynną, natomiast w rozc. 1:1.000.000 nie odróżnia się od działania wprowadzonego roztworu fizjologicznego NaCl. 1 cm³ roztworu histaminy 1:3.000 wywołuje obok odczynu miejscowego, odczyn ogólny, w postaci ogólnego zaczerwienienia skóry, podwyższenia ciepłoty ciała od 1–3° C, obniżenia tętniczego parcia krwi skurczowego a zwłaszcza rozkurczowego, tudzież przyspieszenia tętna. Według Wolfa histamina ma wywoływać miejscową leukocytozę, według Blooma zaś leukopenię. Natomiast mniejsze dawki jak 0.2 cm³ (0.06 mg) wywołują widoczne zaczerwienie twarzy i podwyższenie ciepłoty ciała o 0.5° C, bez obniżenia parcia krwi i bez przyśpieszenia tętna. Koniecznym warunkiem działania histaminy jest pewne napięcie naczyń włosowatych, utrzymywane według Dale'a przez adrenalinę, według Krogha przez hipofizynę. Histamina działając na najmniejsze naczynia i zakończenia nerwowe, wywołuje miejscowe rozszerzenie naczyń krwionośnych najmniejszych przez bezpośrednie zadziałanie, rozszerzenie okolicznych silnych tętniczek przez miejscowy mechanizm odruchowy, tudzież wzmożenie przepuszczalności ścian naczyń, również przez bezpośrednie zadziałanie. Jeśli histamina dostaje się do ogólnego krwiobiegu, główne jej skutki są podobne: ogólne rozszerzenie najmniejszych naczyń krwionośnych z następowem niedostatecznem wypełnieniem wielkich naczyń i serca (shock).

Powracając do odczynów skórnych stwierdzić możemy, że pociągnięcie linji na skórze osobnika prawidłowego nie daje poza linją białą lub czerwoną innych objawów. Natomiast bodziec ten u człowieka o wrażliwej skórze może wywołać bąbel, pokrywa-

jący dokładnie czerwoną linję, z czego można wnosić, że płyn pochodzi z naczyń, biorących udział w odczynie miejscowym, a więc tych, które bezpośrednio odpowiadają na bodziec. Czerwony obwód a zwłaszcza bąbel wytworzony przez mechaniczne drażnienie skóry człowieka wrażliwego, utworzony jest przez przesiąkanie płynu z naczyń. Lewis uważa płyn ten za podobny do histaminy, dlatego nazywa go H-substancją wzgl nie przesądzając natury chemicznej H-substancjami. Potwierdzają to następujące dane: odczyny miejscowe skóry i ogólne są równoznaczne z odczynami, występującemi po wprowadzeniu w skórę rozcieńczeń histaminy i to bardzo znacznych, tudzież fakt fizjologicznego napotykania histaminy w ustroju, jako prawidłowego produktu rozszczepienia białek, dającego się wyosobnić z tkanek, a mającego na celu regulację naczyniową. Török i Hoff substancję tę wprost utożsamiają z histamnną. U pewnych ludzi mechaniczne drażnienie skóry wywołuje silny odczyn w postaci wielkiego bąbla, natomiast bodziec chemiczny jak wprowadzenie rozcieńczonej histaminy, daje odczyn nie większy niż u osobników zwykłych — mamy tu osobliwą wrażliwość skóry na mechaniczne urazy, uwarunkowaną, czy to słabością komórek, czy chwiejnością przemiany materji. Mechaniczne zadrażnienie skóry uwalnia u danego osobnika H substancję, która przez zetknięcie się z naczyniem rozszerza je i zwiększa jego przepuszczalność, objawiającą się też w zwiększonej ilości białka w cieczy bąblowej, aniżeli w surowicy. W przypadku słabego podrażnienia prawidłowej skóry, lub silnego podrażnienia mało wrażliwej skóry, uwalnia się tylko tyle H substancji, iż zdolna jest wywołać miejscowe rozszerzenie naczyń bez dyfuzji w okolicę. Silniejsze jednak bodźce, lub większa wrażliwość skóry powoduje uwolnienie H-substancji we większej ilości, która przez dyfuzję dostaje się w okolice i wywołuje obok rozszerzenia naczyń, również i bąbel. Bodziec mechaniczny uszkadzając tkankę uwalnia H-substancję, która zależnie od ilości może dać odczyn aż do potrójnego włącznie. Według Lewis'a wytwarzają H-substancję żywe komórki naskórka, które są pierwszemi żywemi komórkami, wystawionemi na działania mechaniczne, cieplne itd. Obok analogji w skutkach po pociągnięciu linji przez skórę wrażliwą i po wprowadzeniu histaminy są też różnice jednak nie natury jakościowej, lecz ilościowej — skutkiem tego, że pociągnięcie linji wywołuje jednostajne uwolnienie H-substancji w skórze, zaś wprowadzenie histaminy powoduje miejscowo większe jej stężenie. Wspomnę też o próbach leczniczego stosowania histaminy, w chorobach reumatycznych przeprowadzonych ostatnio przez Deutsch'a, który miał osiągnąć pewną poprawę w reumatyzmach mięśniowych, nerwowych i bólach stawowych, natomiast w reumatyzmach stawowych okazała ona się bezskuteczną.

Badając zachowanie się H-substancji w chorobach reumatycznych postępowałem według metody Hoffa i Holzapfla tudzież Schaudiga. Najpierw pobierałem krew z żyły danego osobnika, następnie, po pewnych ściśle określonych urazach mechanicznych skóry w postaci silnych pociągnięć linji tępą stroną młotka lekarskiego, — na szczycie odczynu skórnego, mniej więcej w 10 minut później, pobierałem powtórnie krew z żyły. Po otrzymaniu surowic przedurazowej czyli S I. i pourazowej S II. wstrzykiwałem je w ilości 0.2 cm³ śródskórnie, na przedramieniu po stronie zginaczy, zakładając conajmniej po dwa bąble, z których brałem średnią. Następnie oglądałem odczyny miejscowe: wielkość każdego bąbla obliczając w mm², czas trwania bąbli, wielkość i natężenie czerwonego obwodu. Z ogólnych odczynów (dla obu surowic razem), tętnicze parcie krwi skurczowe i rozkurczowe, ilość ciałek białych, obraz krwi według Schillinga, ciepłotę i zabarwienie ciała, tudzież ilość tętna. Obserwacji dokonywałem przed wstrzyknięciem, tudzież w 15' i 30' po wstrzyknięciu, podając średnią. Aby się możliwie najmniej powtarzać, podam tylko większe odchylenia, gdyż przeciętnie bąbel trwał 30—40', tętnicze parcie krwi skurczowe i rozkurczowe obniżało się do 10 mm Hg, ciepłota ciała i tętno bez zmian. Wspomnę jeszcze o następujących możliwościach błędów, a mianowicie o t. zw. odczynie urazowym skóry, który Pirquet uważa za jeden z najprymitywniejszych objawów fizjologji patologicznej. Sam fakt nakłucia naskórka daje u rozmaitych osobników odczyn o różnem nasileniu, poza tem, jak Hoke zauważył, u tego samego osobnika mogą wystąpić różnice, zależne od zabarwienia i ukrwienia skóry; na silnie zabarwionej i na przekrwionej skórze, odczyny są słabsze, niżli na słabo zabarwionej i prawidłowo ukrwionej. Dalej odczyn urazowy skóry jest zmniejszony; w ciężkiej gruźlicy, w nowotworach złośliwych, w ciężkiej cukrzycy, w niedokrwistości złośliwej i wysokiej gorączce. Możliwości tych błędów unikałem. Różnice we wielkości bąbla powstałe przez fakt pobrania krwi z żyły, mogą według Schaudiga wynosić ± 10%, co mogłem na wstępnym materjale potwierdzić. Różni osobnicy wykazują we wielkości bąbla znaczne różnice osobnicze, zależne od budowy skóry, od miejscowej hidrofilji tkanek, głębokości wstrzyknięcia i t. d. Jak wielkie wahania mogą wystąpić we wielkości bąbla, ilustrują następujące cyfry Schaudiga: po 15-to minutowem mięsieniu miał zwiększenie bąbla S II. o 47%, po 15-to minutowej gorącej kąpieli zmniejszenie bąbla S II. o 14%, zaś po chłodnej kąpieli (16° C), trwającej 22' zwiększenie bąbla S II. o 130%.

W moich trzech przypadkach ostrego gośćca stawowego u osobników młodych (18—25 r. ż.) w okresie bezgorączkowym, ze znacznie przyspieszonym odczynem Biernackiego, (jeden z nich 20' wg. Linzenmeyera), różnica między bąblami S I. i S II. wynosiła przeciętnie 177%, bąbel S II. utrzymuje się blisko 90' z dużym czerwonym obwodem, trwającym 60', tętnicze parcie krwi skurczowe i rozkurczowe spadło o 15 mm Hg, ilość c. b. obniżona o 15% bez zmian w obrazie krwi. W trzech przypadkach reumatyzmu mięśniowego, w tem dwa z bólami stawowemi, u kobiet 17 i 19-letniej i mężczyzny l. 28 z prawidłowym o. B. bąbel S II. większy o 57%, ilość c. b. i obraz krwi bez zmian. W czterech przypadkach rwy kulszowej z prawidłowym o. B., u osobników w latach 35—50 r. ż., zwiększenie bąbla S. II. o 62%. W 5-ciu przypadkach pierwotnego przewlekłego reumatyzmu stawowego ze znacznie przyspieszonym o. B. (w jednym przypadku 10' wg. Linzenmeyera), dotyczącym 4-ch kobiet i jednego mężczyzny w latach 53—70 r. ż., bąbel S II. większy od bąbla S I. o 106%. Ilość c. b. nieznacznie się obniżyła, w obrazie krwi zmniejszenie ilości wielojądrzastych na korzyść limfocytów. Zważywszy wiek chorych, upośledzenie stanu ogólnego, znaczną niedokrwistość wtórną i zmiany odżywcze skóry, uderza tu wysoka cyfra dla bąbli S II. W dwu przypadkach *osteoarthrosis def.* z prawidłowym o. B. — u kobiety w 60 r. ż. zajęte oba stawy kolanowe *(lipoarthrite sèche des genoux)* i u mężczyzny 50 l. ze zmianami zwyrodnieniowemi w kręgosłupie szyjnym, oba potwierdzone zdjęciami rentgenowskiemi, — bąbel S II. większy o 93%, z małym i nie intenzywnie zabarwionym czerwonym obwodem. Jeden przypadek podostrego reumatyzmu stawowego o typie Poncet'a u mężczyzny 31 l., mającego za sobą przebytą swoistą sprawę opłucnej, ze zmianami w płacach o typie produktywnym, z klinicznym przebiegiem choroby stawowej różnym od reumatycznego, z prawidłowym o. B., bąbel S. II. większy o 85% ze słabo zaznaczonym czerwonym obwodem. Tętnicze parcie krwi skurczowe spadło o 15 mm Hg, rozkurczowe o 10 mm Hg. Ilość c. b. i obraz krwi prawie bez zmian. Z przypadków kontrolnych miałem w tyreotoksykozie z nieco przyspieszonym o. B. (150' Linzenmeyer) dotyczącym 23-letniej panny, zwiększenie bąbla S. II. o 70% — bez innych zmian. W wyprysku *(eczema)* u 32 l. mężczyzny z prawidłowym o. B. zwiększenie bąbla S. II. o 157%, ze spadkiem tętniczego parcia krwi skurczowym i rozkurczowym o 15 mm Hg, ilość c. b. opadła z 7.000 w 1 mm³ na 5.700, przyczem komórki eozynochłonne wzrosły z 7% t. j. z 490 do 10% t. j. do 570, zaś limfocyty z 27% t. j. 1890 do 40% t. j. do 2.480 w 1 mm³. W przypadkach kamicy żółciowej, zwężenia lewego ujścia żylnego w okresie wydolności, i influenzy po spadku ciepłoty, bąbel S. II. większy o 30%, bez zmian w ilości i obrazie krwi. Razem w reumatyzmach stawowych (11 przypadków) przeciętne zwiększenia bąbla S. II. o 125% w reumatyzmach pozastawowych (7 przypadków) o 59.5%, w wyprysku o 157%, w tyreotoksykozie o 70%, w innych kontrolnych (5 przyp.) o 30%. Widzimy więc, że w reumatyzmach stawowych ostrych i przewlekłych, spotykamy duże wartości dla H-substacji, podobnie jak w wyprysku i w tyreotoksykozie, natomiast w reumatyzmach pozastawowych, jak w mięśniowym i nerwowym, spotykamy cyfry mniejsze, jednak wyższe od innych kontrolnych.

Alergja wysunięta w patogenezie ostrego gośćca stawowego przez Weintrauba, w przewlekłym reumatyzmie stawowym przez Léri, w reumatyźmie mięśniowym przez Curschmanna, poparta ostatnio badaniami Klinge'go, zyskuje coraz więcej zwolenników. Zaburzenia naczynio-ruchowe, jak to wynika z prac Pembertona, Quinckego, Schadego, Külbsa i innych odgrywają tu pierwszorzędną rolę. Schulhof przyjmuje za istotną przyczynę obrazu reumatycznego nadmierny skurcz naczyń włosowatych z następową zastoiną w tychże. Ruhman uważa, że pod naczyniowym względem usposobione miejsce, trafione przez rozmaite uszkodzenia (alergeny) jak wilgoć, zimno, zmiana ładunku elektrycznego i t. d. daje wzmożony odczyn w postaci miejscowego przekrwienia i zastoiny.

Wniosek. Wyniki niniejszej pracy mogą być prawdopodobnie przyczynkiem, uprawniającym do zaliczenia schorzeń reumatycznych do rzędu chorób alergicznych.

WYKŁAD KLINICZNY.

A. FALKIEWICZ. Lwów.

O zaburzeniach rytmu serca z uwzględnieniem elektrokardjografji jako metody rozpoznawczej *).

Z II. Kliniki chorób wewnętrznych Uniw. J. K.
Dyrektor: Prof. Dr. Roman Rencki.

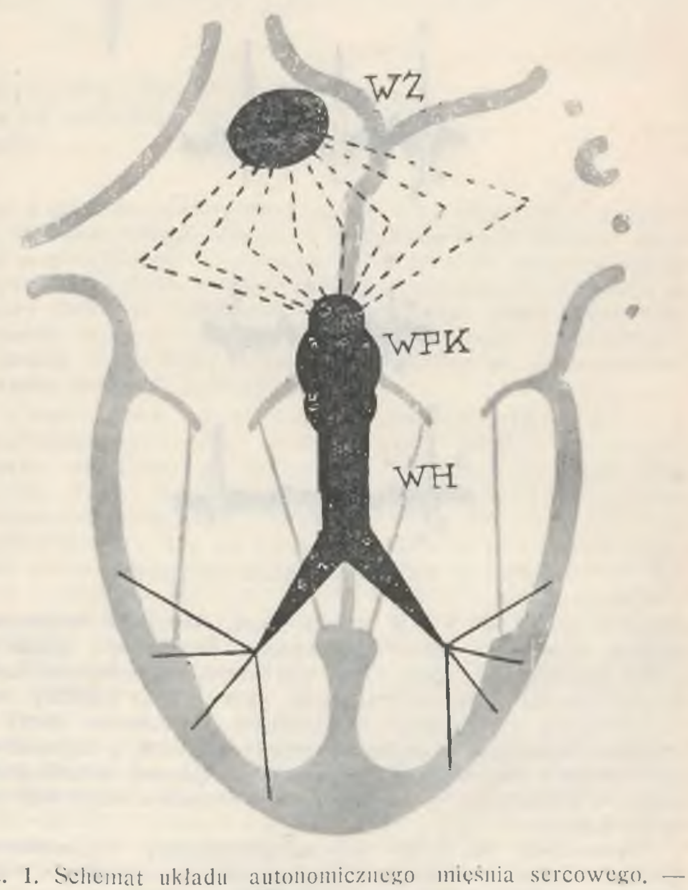
Niemiarowość jest najłatwiej dającym się wykazać i dlatego najważniejszym objawem zaburzenia tego mechanizmu, który przez całe życie pobudza serce do pracy z jednakową siłą, w należytem tempie i regularnym rytmie. Dzięki łatwości stwierdzenia jej, oddawna zwracała uwagę lekarzy. Kliniczne znaczenie niemiarowości było jednak do pierwszej połowy 19 stulecia przesadzone. Do tego czasu bowiem panowało zapatrywanie (Riegel), że każda niemiarowość oznacza niestosunek pomiędzy siłą serca a pracą, jaką ono ma wykonać — i że przy każdej silniejszej i dłuższy czas trwającej niemiarowości należy myśleć w pierwszym rzędzie o uszkodzeniu mięśnia serca. Zasługą Skody jest zwrócenie uwagi na obserwacje kliniczne, że nawet najcięższe zaburzenia rytmu serca, jakkolwiek bardzo często mają swe podłoże w jego organicznych schorzeniach, spotyka się także w przypadkach, w których serce pod innemi względami jest prawidłowe i naodwrót najcięższe schorzenia mięśnia czy zastawek mogą przebiegać zupełnie bez zaburzeń rytmu. Innemi słowy podniósł Skoda fakt, że z zaburzeń rytmu serca bez względu na to, jakie one są, nie można wyciągać wniosków o istnieniu organicznego schorzenia serca. Od tego czasu zmieniły się również poglądy na fizjologję serca. Engelmann poddał w wątpliwość zapatrywanie o istnieniu autonomicznego układu nerwowego serca, który miał kierować należytą jego pracą. Następne prace wykazały, że fala skurczu rozchodzi się od miejsca zadrażnionego serca we wszystkich kierunkach. Bowditchowi zawdzięczamy wykrycie prawa, że mięsień sercowy na czynne bodźce odpowiada całą posiadaną siłą albo całkowicie nie odpowiada (prawo „wszystko albo nic"). Te i cały szereg innych prac, zwłaszcza Gaskella o przewodzeniu bodźca w obrębie serca i odkrycie specjalnych włókien, łączących poszczególne odcinki serca zimnokrwistych, po których zdąża bodziec, — stanowiły podstawę dla Engelmanna mięśniowej teorji serca. Wraz z temi nowemi poglądami uległy także zmianie zapatrywania na sprawę niemiarowości, rozpoczęto studjować jej mechanizm. Zasługą Wenckebacha jest wykazanie tylko na podstawie sfigmogramu, że tak często spotykane u człowieka skurcze przedwczesne są niczem innem, jak skurczami dodatkowemi, wywoływanemi w eksperymencie na zwierzętach po sztucznem zadrażnieniu. Tą samą prostą metodą udało się Wenckebachowi wykazać występowanie zaburzeń przewodnictwa także u człowieka. Wielki postęp w dziale poznania niemiarowości serca stanowiło wprowadzenie przez Mackenzi'ego analizy krzywej tętna żylnego, która umożliwiła studjowanie u człowieka czynności przedsionków i komór osobno i w ich wzajemnym stosunku czasowym. Wszystkie te zdobycze stanowiły podnietę do ponowienia dokładnych badań anatomicznych, których wynikiem było uznanie przez Aschoffa i Tawarę wiązki przedsionkowo-komorowej, odkrytej jeszcze w 1893 r. przez Hissa za ważną część wysoko zróżnicowanego systemu przewodzącego. Keith i Flack (1907) odkryli miejsce, w którem normalnie akcja serca bierze swój początek: węzeł zatokowy. Wreszcie udoskonalenie galwanometru strunowego przez Einthovena (1903) wzbogaciło znacznie metodykę badania zaburzeń rytmu i przyczyniło się do szybkiego rozwoju wiadomości naszych z tej dziedziny. Elektrokardjografja bowiem pozwala, obok dokładnego oznaczenia zależności czasowej, na wgląd w liczne szczegóły czynności przedsionków i komór.

W niedługi czas potem ukazał się szereg zasadniczych prac z tej dziedziny, a mianowicie doświadczenia Eppingera i Rothbergera z przecinaniem odgałęzień wiązki przedsionkowokomorowej (1910), Rothbergera, Winterberga i wkrótce potem Lewisa, które wykazały, że przyczyną niezrozumiałej dotychczas niemiarowości zupełnej jest drżenie przedsionków; wreszcie prace Minesa i Garreya, uczniów Lewisa, które wiele się przyczyniły do zrozumienia mechanizmu czynności serca podczas drżenia przedsionków i samego problemu tej niemiarowości. Dzięki tym zdobyczom uległo zmianie także leczenie zaburzeń rytmu, przyczem wprowadzono znowu chininę, jako jeden z najdzielniejszych środków w leczeniu zaburzeń rytmu.

Elektrokardjografja. Starsza metoda badania niemiarowości — poligraficzna — polega na równoczesnem zapisywaniu czynności lewej komory (uderzenia koniuszkowego, czy tętna tętnicy szyjnej) i czynności prawego przedsionka przez zapisywanie krzywej tętna żyły szyjnej. W ten sposób można uchwycić dwa najważniejsze momenty akcji serca, a mianowicie: skurcz przedsionka i komory i wzajemnie je (czasowo) porównywać. Metoda ta uciążliwa i wymagająca bardzo wielkiej wprawy (w odczytywaniu krzywych) zeszła po wprowadzeniu elektrokardjografji na plan drugi.

Elektrokardjogram jest krzywą prądów czynnościowych serca, uzyskaną zapomocą galwanometru strunowego Einthovena lub innych jemu podobnych. W prawidłowych warunkach piszemy elektrokardjogram w trzech odprowadzeniach t. zn. odprowadzamy prądy czynnościowe serca z trzech płaszczyzn: I. prawe ramię — lewe ramię, II. prawe ramię — lewa noga, III. lewe ramię — lewa noga. Dla ogólnego zrozumienia elektrokardjogramu musi się wiedzieć, że różnice napięcia elektrycznego, powstające w danym momencie w różnych partjach mięśnia sercowego wskutek aktywizacji i zaraz potem wraz z nią mijające, sumują się w jedną, resztującą, w danym momencie pod względem wielkości i kierunku stałą, ale także w każdym następnym momencie pod względem wielkości i kierunku zmieniającą się siłę elektromotoryczną, której wyrazem jest elektrokardjogram.

Układ autonomiczny mięśnia sercowego. Mięsień sercowy składa się z dwu rodzajów włókien mięsnych: 1) z muskulatury roboczej, która wytwarza siłę popędową krążenia i 2) z układu autonomicznego, który dostarcza bodźców do skurczów serca i czuwa nad należytą współpracą wszystkich jego części. Układ autonomiczny (Ryc. 1.) dzieli się znowu na dwie



Ryc. 1. Schemat układu autonomicznego mięśnia sercowego. — WZ = węzeł zatokowy. WPK = węzeł przedsionkowo-komorowy. WH = wiązka przedsionkowo-komorowa Hissa.

części, połączone ze sobą przez nieswoisty mięsień przedsionków, a mianowicie a) węzeł zatokowy, leżący u ujścia żyły górnej czczej do prawego przedsionka i b) układ przedsionkowo-komorowy, składający się z węzła przedsionkowo-komorowego, wiązki przedsionkowo-komorowej, obu jej odgałęzień i najdrobniejszych odgałęzień układu autonomicznego — siatki włókien Purkinj'ego.

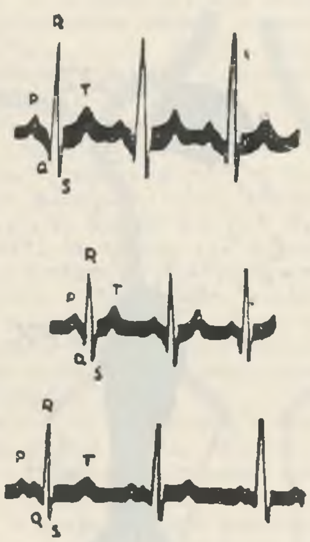
Węzeł przedsionkowo-komorowy ma kształt owalny, przyczem górna jego część sięga jeszcze w obręb przedsionków. Ze względu na budowę anatomiczną oraz fizjologję podzielić możemy węzeł ten na trzy części: przedsionkową, środkową i komorową, która bez wyraźnego odgraniczenia przechodzi w wiązkę przedsionkowo-komorową. Wiązka ta, dzieli się na dolnym brzegu przegrody włóknistej na oba odgałęzienia, dla prawej i lewej komory; prawe przebiega w przegrodzie niepodzielone do prawego mięśnia brodawkowatego, lewe dzieli się bezpośrednio po swojem wyjściu

*) Wykład wygłoszony na posiedzeniu Lw. Tow. Lek. dnia 8. maja 1931. r.

na dwie grubsze gałązki, zmierzające do przedniego i tylnego lewego m. brodawkowatego. Wreszcie ostateczne, najdrobniejsze rozgałęzienia układu autonomicznego tworzą gęstą siatkę włókien Purkinie'go, leżącą pod wsierdziem.

Funkcja układu autonomicznego polega na 1) wytwarzaniu bodźców i 2) ich przewodzeniu, dlatego też nazywamy ten układ inaczej układem wytwarzającym bodźce, albo układem przewodzącym bodźce. Zdolność wytwarzania bodźców posiada w najwyższym stopniu węzeł zatokowy. Według nowszych badań Demoora i Haberlandta wytwarza węzeł zatokowy stale pewną swoistą substancję (hormon serca), stanowiącą podnietę do czynności serca, którato substancja po każdym skurczu rytmicznie powoduje następny skurcz, skoro tylko pobudliwość mięśnia powróci. System przedsionkowo-komorowy posiada także zdolność do automatyzmu, w mniejszym stopniu niż węzeł zatokowy, z tem, że węzeł p.-k. [1]) posiada ją w najwyższym stopniu, inne zaś części niżej położone stopniowo mniejszą. Zrozumiałem jest teraz, że wszystkie rodzaje niemiarowości i wszystkie inne nieprawidłowości w następstwie uderzeń serca a więc tachykardje czy bradykardje polegają w zasadzie na nienależytem funkcjonowaniu układu autonomicznego serca w jego dwu zadaniach, wytwarzaniu, albo przewodzeniu bodźców.

Normalny elektrokardjogram przedstawia szereg mniejszych lub większych wychyleń, ostrych lub więcej płaskich, zwróconych ku górze lub ku dołowi od poziomu zerowego (linji izoelektrycznej). Wychylenia te występują w grupach, odpowiadających pojedyńczym skurczom serca, a pooddzielanych linją poziomą, odpowiadającą okresowi rozkurczu (Ryc. 2.). Pierwsze wychylenie, oznaczone literą P zależy od skurczu przedsionków,



Ryc. 2. Elektrokardjogram normalny.

następne zaś Q, R, S i T tworzą t. zw. kompleks komorowy, zależny od skurczu komory. Kompleks komorowy składa się z dwu zasadniczych części: t. zw. wychylenia początkowego, które tworzą załamki Q, R, S, trwającego najwyżej 0.1 sekundy, oraz z wychylenia następowego (końcowego) oznaczonego literą T. Odległość pomiędzy wychyleniem przedsionkowem, a kompleksem komorowym t. zw. interwał P-R odpowiada czasowi przechodzenia bodźca z przedsionka na komorę i trwa normalnie około 0,15 najwyżej 0,20 sek.

Ograniczam się tylko do najogólniejszego wytłumaczenia elektrokardjogramu, pomijając jego sposób powstawania i różne odchylenia kształtu elektrokardjogramu normalnego.

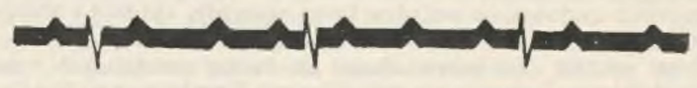
Zaburzenia przewodnictwa. Na całej przestrzeni pomiędzy węzłem zatokowym a odbiornikiem bodźców — muskulaturą roboczą — mogą powstać różne przeszkody na tle czynnościowem czy organicznem, utrudniające lub zupełnie uniemożliwiające przechodzenie bodźców. Przeszkody te spotykamy najczęściej w tych miejscach, gdzie już w warunkach fizjologicznych przewodzenie bodźców jest dość wolne (w węźle p.-k.), lub w tych, w których system przewodzący stanowi tylko wąskie pasmo włókien n. p., wiązka p.-k., tak, że nawet niezbyt rozległe ognisko chorobowe może zupełnie przerwać drogę dla bodźców. Dlatego to najczęściej spotykamy zaburzenia przewodnictwa p.-k.. podczas gdy zatokowo-przedsionkowe są znacznie rzadsze. Z węzła zatokowego do przedsionków dostaje się bowiem bodziec z różnych stron, gdyż specjalnego połączenia niema. Zaburzenia przewodnictwa p.-k. dzielimy na blok częściowy lub zupełny, zależnie od tego, czy przewodzenie bodźców jest tylko częściowo przerwane, czy zupełnie. Częściowy blok p.-k. występuje w dwu typach: 1) w którym czas przewodnictwa p.-k. jest przedłużony i drugi typ w którym tego niema. Typ pierwszy może przedstawiać znowu dwa rodzaje: a) zwyczajne przedłużenie przewodnictwa p.-k., bez wypadania skurczów komory i b) przedłużenie przewodnictwa z wypadaniem pojedyńczych skurczów komór, czyli t. zw. okresy Wenckebacha. Zwyczajne przedłużenie czasu przewodnictwa przedsionkowo-komorowego jest wtedy, kiedy odstęp między wychyleniem przedsionkowem a kompleksem komorowym w elektrokardjogramie trwa dłużej, aniżeli 0.2 sekundy (normalnie trwa on 0.1—0,2 sek.). To zaburzenie przewodnictwa nie powoduje żadnej niemiarowości i dlatego wyłącznie na podstawie badania fizykalnego nie można go z pewnością wykazać. Możemy jedynie w tym wypadku stwierdzić dwa objawy kliniczne, które zwracają podejrzenie w kierunku istnienia tego zaburzenia przewodnictwa, a mianowicie 1. gdy słychać ton przedsionkowy, lub 2. występowanie uderzająco wysokiego falowania żył na szyi, (przy prawidłowej albo tylko przyśpieszonej częstości serca).

Ton przedsionkowy w zwyczajnych warunkach zlewa się z pierwszym tonem komorowym, w przypadku zaś znacznego przedłużenia przewodnictwa p.-k. może być słyszalny zależnie od stopnia tego przedłużenia albo jako rozdwojenie pierwszego albo drugiego tonu, a niekiedy jako osobny ton trzeci między dwoma tonami komorowemi. Wysokie falowanie żył na szyi powstaje dlatego, że skurcz przedsionka nie przypada na rozkurcz komór lecz jeszcze pod koniec poprzedniego skurczu, dlatego zjawisko to nazwał Wenckebach „nasadzaniem" się fali przedsionkowej *(Vorhofpfropfung)*.

Przedłużenie przewodnictwa p.-k. znaczniejszego stopnia (może ono trwać 0,6 a nawet 0,8 sek.) bardzo łatwo może przejść wskutek wypadania pojedynczych skurczów komorowych w okresy Wenckebacha. Wskutek wypadania akcja serca jest niemiarową, a zaburzenie przewodnictwa możemy także na podstawie badania fizykalnego stwierdzić, lecz jest to trudne. W elektrokardjogramie (Ryc. 4.) widzimy stopniowe przedłużanie się przewodnictwa p.-k. z każdem uderzeniem, a gdy ono osiągnie dość znaczny stopień, uderzenie komorowe wypada, poczem po dłuższym okresie wypoczynku czas przewodnictwa znacznie się skraca i cała gra odbywa się na nowo.

Typ II. częściowego bloku przedsionkowo-komorowego. W tym rodzaju zaburzenia przewodnictwa p.-k mamy również do czynienia z okresowem wypadaniem uderzeń komorowych, co odbywa się zwykle regularnie tak, że co drugi, czy co trzeci bodziec nie przechodzi z przedsionków na komory, jednak nie mamy tu jak w okresach Wenckebacha do czynienia ze stopniowem przedłużaniem się czasu przewodnictwa. (Ryc. 3.). Zależnie od stosunku skurczów przedsionków do skurczów komór mamy blok 2:1, 3:1 i t. d., najczęściej spotykamy blok 2:1, czyli t. zw. spadek częstości do połowy. Badaniem fizykalnem poznać możemy blok 2:1, czy inny, przez porównanie ilości uderzeń komór z ilością tętna żył na szyi, przyczem uważać trzeba, czy tętnienie żył jest miarowe.

Zupełny blok przedsionkowo-komorowy. Blok częściowy w stosunku wyższym aniżeli 3:1 występuje u człowieka bardzo rzadko, wyłącznie prawie przy znacznie przyśpieszonej czynności przedsionków, albowiem przy pewnym stopniu uszkodzenia przewodnictwa — nie musi to być zupełne przerwanie drogi, przez którą bodziec przechodzi — komory zaczynają bić rytmem własnym, automatycznym, niezależnie od przedsionków. — przytem mamy z małemi wyjątkami znacznego stopnia bradykardję — 30—40 uderzeń na minutę, a czynność jest zupełnie miarowa. Nie jest to jednak bezwzględną oznaką zupełnego bloku, albowiem przy bloku częściowym 2:1 czy 3:1 ilość uderzeń komór na minutę może spaść także do 20 czy 30. Badaniem fizykalnem możemy z pewnością stwierdzić zupełny blok p.-k. o ile stwierdzimy, że ilość tętna żylnego na szyi jest większa aniżeli ilość uderzeń komór (tętna tętnicy sprychowej) i równocześnie o ile stwierdzimy występujące okresowo w tętnie żylnem nasadzanie się fal. Przyczyna tego zjawiska jest taka sama jak w poprzednio omówionem zwyczajnem przedłużeniu czasu przewodnictwa p.-k. W elektrokardjogramie (Ryc. 5.) stwierdzamy ilość wychyleń przedsionkowych w jednostce czasu znacznie większą aniżeli kom-



Ryc. 3. Blok przedsionkowo-komorowy w stosunku 3:1, — co trzecie uderzenie przedś. przechodzi na komory.

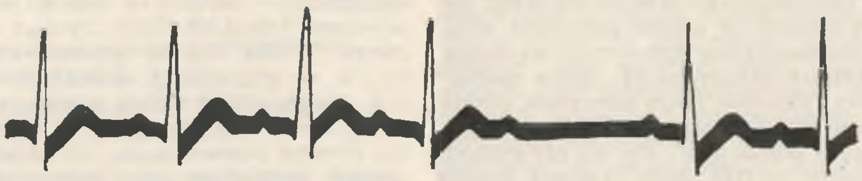
[1]) p.-k. = przedsionkowo-komorowy.

pleksów komorowych, miarowość czynności przedsionków i komór a przytem wzajemną ich niezależność.

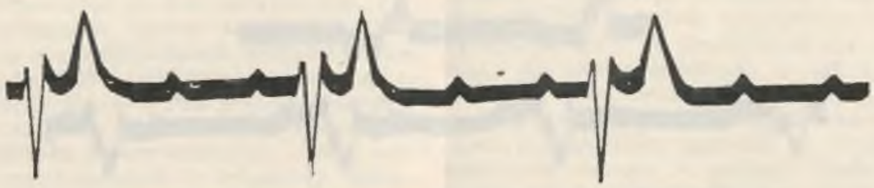
Kompleksy komorowe mają na ryc. 5 kształt nieprawidłowy, co wskazuje, że pochodzą z ośrodka położonego w obrębie mięśnia komór, poniżej podziału wiązki przedsionkowo-komorowej.

Blok odgałęzienia. Gdy schorzenie dotyczy jednego z odgałęzień wiązki przedsionkowo-komorowej, albo przedewszystkiem jednego, występuje, podobnie jak w doświadczeniu na zwierzętach po przecięciu jednego odgałęzienia, charakterystyczny obraz b l o k u r a m i e n i a *(Schenkelblock).* W przypadkach tych nie mamy do czynienia z wypadaniem skurczów komór, albowiem bodziec po odgałęzieniu zdrowem dostaje się najpierw do komory, którą to sprawy chorobowej drobniejszych odgałęzień któregoś z ramion wiązki H i s s a, w rzeczywistości zaś zwykle o zmiany w obrębie mięśnia sercowego, które obejmują oba ramiona oraz drobniejsze ich odgałęzienia. Elektrokardjogram posiada te same cechy co blok ramienia z tą różnicą, że wychylenia początkowe są niższe. Oba te zaburzenia świadczą nietylko o zmianach w systemie przewodzącym, ale także, zwłaszcza blok gałązkowy, o rozległych zmianach w obrębie części roboczej mięśnia, dlatego pozwalają nam na dokładniejszy wgląd w stan mięśnia sercowego wogóle i posiadają ważne znaczenie tak w rozpoznaniu, jak i w rokowaniu.

Blok zatokowo-przedsionkowy spotykamy stosunkowo bardzo rzadko, co się da wytłumaczyć tem, że pomiędzy węzłem zatoko-

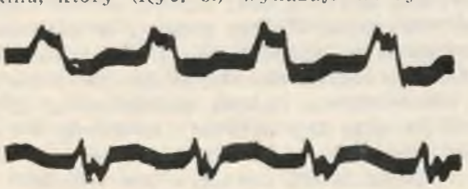


Ryc. 4. Okresy W e n c k e b a c h a. Stopniowe przedłużanie się interwału P-R z wypadaniem pojed. skurczów komór. Odpr. II.



Ryc. 5. Zupełny blok przedś.-komorowy — oba rytmy przedsionkowy i komorowy zwolna przesuwają się względem siebie i niezależnie od siebie.

odgałęzienie zaopatruje, poczem przez drobniutkie odgałęzienia sieci P u r k i n i'e g o w części roboczej mięśnia przechodzi i na drugą komorę, do której prawidłową drogą wskutek przerwy w ramieniu zaopatrującem ją, dostać się nie może. Następstwem tego jest nierównoczesne kurczenie się obu komór (różnica w czasie dochodzić może najwyżej do kilku setnych sek.), co klinicznie tylko w niektórych wypadkach może się objawiać w rozdwojeniu drugiego tonu, które najprawdopodobniej jest wynikiem nierównoczesnego zamykania się zastawek tętnicy głównej i zastawek tętnicy płucnej. Ponieważ jednak rozdwojenie drugiego tonu w większości przypadków, w których je stwierdzamy, ma inną przyczynę (w przypadkach wad serca znaczna różnica ciśnienia i t. d.) rozpoznanie bloku odgałęzienia możliwe jest tylko na podstawie elektrokardjogramu, który (Ryc. 6.) wykazuje wtedy następujące od-



Ryc. 6. Blok odgałęzienia. Odprowadzenie I, II i III. Przerwa w prawem odgałęzieniu, gdyż kierunek wychyleń początkowych daje obraz przewagi serca lewego.

chylenia od normy: 1) rozszerzenie kompleksu komorowego, 2) wychylenie początkowe roztrzepane i ze zgrubieniami, 3) wychylenie następowe zwrócone w kierunku przeciwnym do początkowego, zwykle także 4) czas przewodnictwa p.-k. jest przedłużony, co przemawia za tem, że w przypadkach tego rodzaju mamy do czynienia zwykle ze zmianami chorobowemi na większej przestrzeni systemu przewodzącego (w przeciwieństwie do obserwowanych krzywych w doświadczeniu na zwierzętach). Blok prawego odgałęzienia zdarza się u człowieka znacznie częściej aniżeli lewego, ponieważ prawe odgałęzienie na długiej przestrzeni biegnie niepodzielone (w przeciwieństwie do lewego) tak, że łatwiej może być zajęte w całym przekroju przez sprawę chorobową.

Blok gałązkowy (Arborisationsblock) jest to schorzenie systemu przewodzącego jeszcze bardziej wskazujące na zajęcie całego systemu, aniżeli poprzednie. Można je wykazać także tylko zapomocą elektrokardjogramu (Ryc. 7). Chodzi tu o przerwanie wskutek

wym a mięśniem przedsionków istnieje wiele drobniutkich połączeń tak, że nawet rozległe zmiany w sąsiedztwie węzła nie dają zaburzeń przewodnictwa. W ostatnich latach powstało zapatrywanie, że przyczyną zaburzeń przewodnictwa zatokowo-przedsionkowego są zmiany dotyczące najprawdopodobniej samego węzła zatokowego, przyczem może tu chodzić o nieznaczne zmiany w naczyniach w obrębie węzła, które uszkadzają przewodnictwo, nie naruszając porządku tworzenia bodźców.

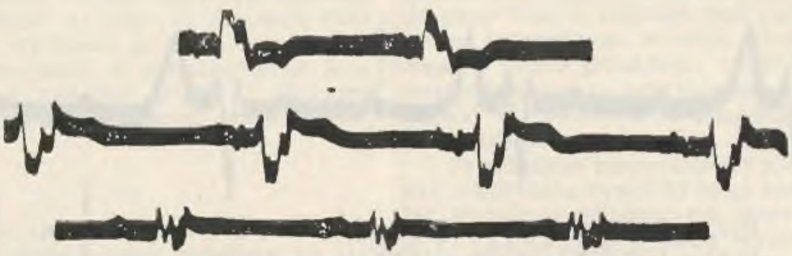
C z ę ś c i o w y b l o k z a t o k o w o - p r z e d s i o n k o w y. Przedłużenie zwyczajne przewodnictwa zatokowo-przedsionkowego nie daje się oczywiście wykazać, ponieważ czas skurczu węzła zatokowego nie jest w elektrokardjogramie uwidoczniony. Dopiero wypadnięcie jednego albo kilku skurczów przedsionkowych daje się zauważyć, jako chwilowe ustanie czynności całego serca. W częściowym bloku przedsionkowo-zatokowym, — podobnie jak to jest w przewodnictwie między przedsionkami a komorami, mogą być oba typy wypadania skurczów przedsionków: z przedłużeniem lub bez przedłużenia czasu przewodnictwa. Kliniczne rozpoznanie bloku zatokowego jest łatwe, a polega na stwierdzeniu chwilowego ustania tętna tętniczego i falowania żył na szyi, które w tej chwili silnie nabrzmiewają i wyraźnie występują. W elektrokardjogramie (Ryc. 8) widzimy w chwili zblokowania jednego czy kilku uderzeń przedsionkowych przez krótszy lub dłuższy czas strunę w położeniu zerowem (żadnych wychyleń). Często jednak, zwłaszcza o ile przerwy w czynności serca są dłuższe, obraz ten ulega zatarciu z powodu „wskakiwania" automatycznych uderzeń komorowych. Dość wysoki automatyzm węzła przedsionkowo-komorowego budzi się w czasie dłużej trwających przerw czynności węzła zatokowego i przez uderzenia zastępcze *(escaped beats)* skraca znacznie długie nieraz przerwy w czynności serca. Łatwość występowania zastępczych uderzeń z węzła przedsionkowo-komorowego lub nawet całego rytmu zastępczego jest klasycznym przykładem ważnego urządzenia bezpieczeństwa, albowiem włączanie się automatycznego rytmu zastępczego z chwilą ustania rytmu zatokowego ma niejednokrotnie decydujące znaczenie o życiu chorego. W przypadkach całkowitego bloku węzła zatokowego (u. p. z powodu zajęcia węzła zatokowego w całości przez proces chorobowy) występuje na stałe zastępczy rytm przedsionkowo-komorowy.

Przyczyny zaburzeń przewodnictwa mogą być na tle czynnościowem lub organicznem. Przyczyny czynnościowe (zmęczenie systemu przewodzącego, nerwowe zahamowanie i t. d.), jakkolwiek same rzadko powodują zaburzenia w prawidłowej czynności serca, mogą jednak odgrywać ważną rolę t. zn. wzmagać zaburzenia przewodnictwa lub wprost je wywoływać w przypadkach organicznego

schorzenia systemu przewodzącego. Podobnie wpływy toksyczne są dość często przyczyną zaburzeń przewodnictwa (przedawkowanie naparstnicy, jady bakteryjne w przebiegu niektórych chorób zakaźnych jak n. p. dur brzuszny, angina i t. d.). Poza tem trudno jest nieraz odróżnić wpływy toksyczne od następstwa procesów zapalnych czy degeneracyjnych. Z pośród ostrych chorób wymienię błonicę, płonicę, ostry gościec stawowy, influencę, z przewlekłych kiłę, rzadziej gruźlicę. Jednak najczęstszem tłem w wieku starszym jest miażdżyca tętnic.

Utrudnienie krążenia wywołane przez zaburzenia przewodnictwa występuje na jaw w przypadkach poza tem naogół zdrowego mięśnia sercowego dopiero wtedy, skoro częstość czynności komór znacznie się obniży. W przypadkach zaburzeń przewodnictwa, w których czy to z powodu równoczesnego uszkodzenia części roboczej mięśnia serca, czy też zależnie od stopnia zaburzenia przewodnictwa krążenie ulegnie znaczniejszemu uszkodzeniu, występuje szereg dolegliwości, wśród których najczęstsze są: ogólne osłabienie, bóle głowy, zawroty głowy i duszność. Ostre zaburzenia, groźne dla życia, występują dopiero wtedy, gdy częstość czynności komór spada do 15 czy 10 na minutę lub jeszcze niżej, albo też gdy wskutek zmian w systemie przewodzącym wystąpi dłużej trwające ustanie czynności komór.

niem przed oczyma, lub krótkotrwałem zamroczeniem. Bezpośrednią przyczyną napadów Adams-Stokes'a na tle zaburzeń przewodnictwa jest zawsze t. zw. pauza przedautomatyczna t. j. ten czas, który po wystąpieniu przerwy pomiędzy przedsionkami a komorami upływa, zanim ośrodek automatyczny, leżący poniżej przerwy, zacznie być czynnym, albo też zanim przerwa ustąpi. Gdy więc w przypadku częściowego bloku p.-k. pod wpływem wysiłku czy wrażenia psychicznego, ilość bodźców wychodzących z węzła zatokowego wzrośnie ponad tę liczbę, którą dotknięta schorzeniem wiązka p.-k. może w jednostce czasu przeprowadzić do komór, wtedy odmawia ona zupełnie posłuszeństwa, a zanim obudzi się automatyzm ośrodka rezerwowego automatycznego — zależnie od długości przerwy przedautomatycznej — występują krócej lub dłużej trwające ostre objawy niedokrwistości mózgu. Wielką rolę w występowaniu napadów Adams-Stokes'a w przypadkach częściowego uszkodzenia przewodnictwa p.-k. odgrywa także wpływ n. błędnego, który, jak wynika z obserwacyj klinicznych, uwydatnia się bardziej w przypadkach schorzenia systemu przewodzącego, niż prawidłowo. Wreszcie w ostatnich czasach spotyka się coraz częściej opisy przypadków, w których typowe objawy zespołu Adams-Stokes'a występowały na tle



Ryc. 7. Blok gałązkowy (drobniejszych odgałęzień). odpr. I, II i III.



Ryc. 8. Blok zatokowo-przedsionkowy. Uderzenia komór 3 i 4-te są automatyczne, zastępcze.

Rokowanie. Każde nawet nieznaczne zaburzenie przewodnictwa, o ile tylko nie jest na tle czynnościowem lub toksycznem, wskazuje na schorzenie mięśnia sercowego i z tego względu ma w klinice wielkie znaczenie. Dla rokowania ma także znaczenie rozległość procesu chorobowego i wzgląd na to, czy sprawa chorobowa jest w toku, czy zakończona. Dość często zdarza się, że ludzie z zupełnym blokiem p.-k. (n. p. po przebytej w młodości błonicy lub innej chorobie zakaźnej) ciężko pracują, nie wiedząc nic o swej chorobie. Złe rokowanie w przypadkach zaburzeń przewodnictwa na tle miażdżycowem, jako też w przypadkach bloku odgałęzienia i drobnych gałązek, ma swoją podstawę w tendencji do rozszerzania się i w zajęciu większej części mięśnia sercowego wogóle. Gdy proces chorobowy zajmuje także część roboczą mięśnia, wtedy do objawów, zależnych od uszkodzenia przewodnictwa, dołączają się także znane objawy niedomogi mięśnia serca i te nadają piętno całemu obrazowi chorobowemu. Szczególnie złe jest rokowanie w tych przypadkach zaburzeń przewodnictwa, w których występuje zespół objawów Morgagni'ego-Adams-Stokes'a.

Postać sercowa napadów Adams-Stokes'a. Każde przerwanie dopływu krwi do mózgu wywołuje szereg znanych z doświadczeń Kussmaula i Tennera objawów. W przypadkach napadów Adams-Stokes'a na tle zaburzeń przewodnictwa bezpośrednią przyczyną jest krótkie ustawanie krążenia z powodu ustania czynności komór. Napady te mogą występować albo w przypadkach zupełnego bloku, albo częściowego tylko, znane są także przypadki, w których przyczyną występowania objawów niedokrewności mózgu były krótkie napady wysokiego stopnia tachykardji komór lub drżenia komór. Kliniczny obraz jest bardzo charakterystyczny i naogół znany. Tu wspomnę tylko, że zwyczajne napady Adams-Stokes'a trwają krótko, kilka sekund, a najwyżej 2—3 minut, co ma praktyczne znaczenie w różniczkowem rozpoznaniu. Wyjątkowo tylko przy bardzo znacznego stopnia stałem zwolnieniu czynności komór do 10 uderzeń na min. albo jeszcze niżej, albo przy częstem powtarzaniu się krótkich przerw w czynności serca może wystąpić dłuższy stan letargiczny. Nie wszystkie napady są „zupełne". Czasem objawiają się najkrótsze z nich tylko chwilowym zawrotem głowy, ściemnie-

krótkotrwałych napadów tachykardji komór albo drżenia komór, w czasie których uderzenia komór są z powodu nadmiernej częstości za słabe do otwarcia zastawek aorty i w ten sposób przyczyną ustania krążenia. Natomiast brak jest danych w świeżem piśmiennictwie odnośnie do przypadków napadów Morgagni'ego-Adams-Stokes'a na tle nerwowem. Według dawnych, dość licznych opisów chodzi tu o napady spowodowane przez dłuższe przerwy w czynności serca na skutek zahamowania n. błędnego. Wszystkie jednak dawniej opisane przypadki tego rodzaju straciły obecnie swoje znaczenie z powodu braku odpowiedniego badania histologicznego systemu przewodzącego. O ile więc typ nerwowy syndromu Adams-Stokes'a wogóle istnieje, to w każdym razie mamy z nim znacznie rzadziej do czynienia, aniżeli dawniej o tem sądzono.

Leczenie zaburzeń przewodnictwa. O leczeniu zaburzeń przewodnictwa na tle czynnościowem i toksycznem mówić nie będę. W przypadkach organicznych leczenie zależne jest od przyczyny, okresu i stopnia schorzenia. Leczenie przyczynowe w znaczeniu ścisłem jest możliwe tylko gdy w grę wchodzi kiła. Wskazanem jest jednak tak w przypadkach kiłowych, jak i gruźliczych jak największa ostrożność w stosowaniu środków swoistych. Zresztą — jak wspomniałem — leczenie zależne jest od stopnia i okresu zaburzenia przewodnictwa. Naparstnica jak z jednej strony może w przedawkowaniu wywołać wszystkie stopnie zaburzeń przewodnictwa, tak z drugiej w wielu przypadkach istniejącego z innego powodu (byle nie organicznego) zaburzenia przewodnictwa, podana w odpowiednich dawkach wpływa bardzo korzystnie, zwłaszcza o ile chodzi o istniejącą równocześnie niedomogę części roboczej. Tę „dwulicowość" działania naparstnicy szczególnie dobitnie podnosi Wenckebach. Atropina i adrenalina nie ma w przypadkach bloku tak częściowego, jak i zupełnego, wyraźniejszego wpływu. W ostatnich latach polecają przeciw występowaniu napadów Adams-Stokes'a dla podniesienia częstości automatyzmu komór w przypadkach zupełnego bloku chlorek baru w stosunkowo dużych dawkach bo kilka razy dziennie po 0.05. Farmakologicznie bowiem chlorek

barowy posiada własności podnoszenia częstości automatycznych ośrodków komorowych. Z klinik jednak brak dotychczas dokładniejszych danych, a opisy pojedyńczych przypadków wskazują na zupełny brak działania przy podawaniu doustnem, zaś nieznaczne tylko przyśpieszenie rytmu ośrodka automatycznego i występowanie pojedyńczych skurczów dodatkowych po zastosowaniu dożylnem.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Prof. Dr. J. ZUBRZYCKI. Kraków.

Znieczulenie miejscowe w niektórych zabiegach położniczych i ginekologicznych [1]).

Z Kliniki położniczej i chorób kobiecych U. J. w Krakowie.
Dyrektor: Prof. Dr. J. Zubrzycki.

Zagadnienie, czy i o ile znieczulenie miejscowe może znaleźć praktyczne zastosowanie w ginekologji i położnictwie, zajmowało lekarzy położników i chorób kobiecych już od czasu wprowadzenia przez Schleicha znieczulenia miejscowego do chirurgji. Lecz pomimo, że w odnośnem piśmiennictwie nie brak licznych prac, zawierających spostrzeżenia, zachęcające lekarzy chorób kobiecych w zupełności do posługiwania się znieczuleniem miejscowem na szerszą skalę (Webster, Frey, Waldstein, Kermauner, Thaler), nie znalazło ono nigdy dotąd na tem polu ogólniejszego zastosowania. Obecnie zwiększyło się zainteresowanie dla tej sprawy i to głównie w związku z wprowadzeniem całego szeregu nowych przetworów farmakologicznych do lecznictwa, mogących znaleźć zastosowanie w tym kierunku (Ceytlin, Loebel, Ritter, Bruchholz), a które tak ze względu na swoją nieznaczną toksyczność z jednej strony, jak i swoją długotrwałość działania z drugiej strony przewyższają uprzednio używane w tych razach.

Takim nowym przetworem o wypróbowanych własnościach znieczulających jest między innemi perkaina „Ciba" (Henschen, Killian, Fraenkel). Przetwór ten, należący do grupy związków chemicznych, dotąd jeszcze nigdy nie używanych do znieczulenia miejscowego, cechuje się, jak wykazały doświadczenia kliniczne (Christ, Ritter, Höffer), i badania teoretyczne (Goldhahn) wyjątkowo długotrwałem, bo kilkugodzinnem działaniem znieczulającem, przewyższając pod tym względem wszystkie inne przetwory, znajdujące zastosowanie w znieczuleniu miejscowem. Działanie jego występuje już w kilka minut po podaniu, dochodząc w pięć do dziesięciu do swojego szczytu. Te to własności perkainy skłoniły mnie do zastosowania jej w celu uzyskania znieczulenia miejscowego w niektórych zabiegach położniczych i ginekologicznych.

Wszystkie przypadki, które operowałem w znieczuleniu miejscowem uzyskanem perkainą, należą do tak zwanych przypadków zupełnie czystych. To znaczy takich, w których nie zachodzi obawa zakażenia otaczających tkanek z pierwotnego źródła chorobowego. Uważam bowiem zgodnie z innymi autorami, posługującymi się znieczuleniem miejscowem w zabiegach chirurgicznych, że jest ono przeciwwskazanem w przypadkach, nasuwających wątpliwość co do jałowości pola operacyjnego lub jego otoczenia (Thaler, Ceytlin). Zabiegi te wykonane w znieczuleniu miejscowem dzielę na trzy grupy: do pierwszej zaliczam zabiegi położnicze i ginekologiczne, wykonane na macicy, do drugiej zabiegi plastyczne, wykonane na sromie, w jego okolicy i pochwie, do trzeciej zabiegi, wykonane w jamie brzusznej.

Liczba przypadków pierwszej grupy wynosi 125. Z tego przypada na:

wyłyżeczkowania, dokonane z różnych przyczyn	60
zabiegi, dokonane sposobem Emmeta	20
zabiegi, dokonane sposobem Sturmdorfa	25
przerwanie ciąży dokonane wysokiem nacięciem szyjki	20

Liczba przypadków grupy drugiej wynosi 68. Z tego przypada na:

zeszycie przedniej i tylnej ściany pochwy	42
wycięcie torbieli, gruczołów Bartholina	3
zeszycie świeżego pęknięcia krocza	23

Liczba przypadków grupy trzeciej wynosi 70. Z tego przypada na:

zabieg Dolérisa	48
zabieg Aleksandra Adamsa	5
usunięcie torbieli jajnikowej	3
przemieszczenie macicy sposobem Schauty-Wertheima	2
próbne otwarcie jamy brzusznej	12

Znieczulenia pierwszej grupy przypadków dokonywano, wprowadzając do tkanki łącznej przymacicza po obu bokach części pochwowej, a w zabiegach cięższych nawet od przodu, po pięć centymetrów sześciennych roztworu perkainy 1:1000, zwracając szczególniejszą uwagę na to, ażeby płynu znieczulającego nie wprowadzić do światła naczyń krwionośnych. W zabiegach grupy drugiej stosowano znieczulenie naciekowe, wstrzykując roztwór perkainy 1:1000 w linjach cięcia, względnie dookoła rany. W zabiegach grupy trzeciej posługiwano się tem samem stężeniem roztworu, lecz znieczulano warstwowo w linji cięcia skórę, tkankę podskórną, powięź, mięśnie i otrzewną. Po otwarciu jamy brzusznej znieczulano otrzewną dookoła rany wachlarzowato. Stwarzając sobie dostęp do jamy brzusznej drogą pochwową, znieczulano przymacicza, a potem warstwowo odpowiednie tkanki i otrzewną. Na trzydzieści minut przed zabiegiem podawano chorej 0.01 do 0.02 morfiny w roztworze, podskórnie. Podczas wykonywania wszystkich zabiegów zwracano szczególniejszą uwagę na to, ażeby ruchy ograniczyć tylko do niezbędnych dla rękoczynu i nadać im charakter jak najpowolniejszych i jak najspokojniejszych. Unikano wszelkich energiczniejszych i szybszych chwytów, a wykluczano bezwzględnie wszelkiego rodzaju szarpnięcia. Ten sposób zachowania się operatora zapewnia w wysokim stopniu możność wykonywania zabiegu w spokoju. Chora bowiem, która odczuwa każdy, niepokojem nacechowany ruch nieprzyjemnie, oddziałuje w sposób znacznie przeszkadzający zabiegowi.

Odnośnie do naszych doświadczeń, poczynionych w wyżej wspomnianych przypadkach, nadmienić należy, że w przypadkach grupy pierwszej uzyskaliśmy w przeważnej liczbie zabiegów zupełne znieczulenie, a w mniejszej obniżenie czucia bólu, wystarczające do dokonania spokojnego zabiegu i to bez względu na rodzaj tego ostatniego.

W przypadkach grupy drugiej wynik znieczulenia był prawie zawsze niezawodny. Wszystkie zabiegi plastyczne dokonywane tak na przedniej, jak i na tylnej ścianie pochwy, jak również na kroczu, oraz zeszycia świeżego pęknięcia krocza, powstałe po porodach, dawały się przeprowadzić bez żadnych trudności, przyczem chore zachowywały się spokojnie, nie żaląc się na ból.

Sprawa jednak przedstawiała się nieco inaczej w przypadkach grupy trzeciej. Wrażliwość otrzewnej na ból była przyczyną, że w pewnych momentach zabiegu — w wielu przypadkach, chociaż nie wszystkich — musiano posługiwać się otumanieniem eterowem, przez kilka minut trwającem, a pewne zabiegi wogóle wykonać się nie dały. Tak na przykład w momencie chwytania więzów obłych macicy w zabiegu Dolérisa musiano się uciekać częstokroć do pomocy odurzenia eterowego, które przerywano kilka chwil potem, uzyskawszy znieczulenie miejscowe więzu obłego wstrzyknięciem weń nieznacznej ilości roztworu perkainy a dalszy ciąg zabiegu wykonywano li tylko w znieczuleniu miejscowem, w zupełnej świadomości chorej. Tak samo zaopatrywanie szypuły wolnych guzów jajnikowych wymagało zastosowania bardzo krótkotrwałego odurzenia eterowego przed dokonaniem znieczulenia miejscowego szypuły. Nie jest jednak wykluczonem, że u osób mniej wrażliwych niepotrzebnem by być mogło i to nawet krótkotrwałe użycie eteru. Zabiegi Aleksandra Adamsa przeprowadzano w całości li tylko w znieczuleniu miejscowem.

Poważniejsze zabiegi brzuszne, a zwłaszcza te, w których wchodziło się w konflikt z większemi przestrzeniami otrzewnej, nie dały się wykonać wyłącznie w znieczuleniu miejscowem bez zastosowania krócej, lub dłużej trwającego odurzenia eterowego. Otrzewna jest bowiem czuła na dotyk i oddziałuje silnem uczuciem bólu. Niemożność zaś dokładnego znieczulenia w tych razach dużych jej przestrzeni, uniemożliwiała zabieg w znieczuleniu miejscowem i zmuszała do dokończenia go w uśpieniu ogólnem. W jednym z naszych przypadków torbieli jajnikowej, powikłanym licznemi zrostami, w którym rozpoczęliśmy zabieg w znieczuleniu miejscowem w taki właśnie sposób zmuszeni byliśmy postąpić. W dwóch innych wytoczenie guza było nieznacznie tkliwe, a dopiero uchwyt szypuły guza bolesny i to dopiero nakazywało użycie eteru. Tam gdzie nieduże powierzchnie otrzewnej wchodziły w grę w czasie zabiegu, znieczulenie miejscowe prawie z reguły wystarczało. Na dowód tego niech służy fakt, że taki stosunkowo ciężki i zawiły pod względem technicznym zabieg, jakim

---

[1]) Wykład, wygłoszony na IV. Zjeździe Ginekologów Polskich w Krakowie.

jest przemieszczenie macicy sposobem Schauty-Wertheima, dokonano oba razy w całości w znieczuleniu miejscowem.

Niektórzy z klinicystów twierdzą, że nawet dużo cięższe zabiegi tak brzuszne, jak i pochwowe wykonać można w znieczuleniu miejscowem; rzecz jasna, że w wielu przypadkach w połączeniu z odurzeniem eterowem. Do zabiegów takich zaliczyć należy zabieg doszczętny w raku szyjki macicy drogą brzuszną (Kermauner), cięcie cesarskie brzuszne, klasyczne i szyjkowe (Webster, Frey, Abel, Labhardt) nadpochwowe odcięcie macicy drogą brzuszną (Labhardt), wycięcie macicy drogą pochwową (Thaler) i t. d. W tych ciężkich i długotrwałych zabiegach perkaina, jako środek o długotrwałem działaniu, na szczególniejsze zasługuje uwzględnienie. Zwraca na to już uwagę w swojej pracy Abel. W odniesieniu jednak do ciężkich zabiegów nadmieniam, że wykonywanie ich w znieczuleniu miejscowem kryje w sobie pewne niebezpieczeństwo, w razie wystąpienia niespodziewanych powikłań — naprzykład znaczniejszych krwotoków — w czasie zabiegu, których opanowanie może natrafiać na trudności, wynikłe z powodu ograniczonej przestrzeni działania znieczulenia.

Grupę przypadków próbnego otwarcia jamy brzusznej omawiam na końcu, a to dlatego, aby zaznaczyć doniosłość znieczulenia miejscowego dla tego rodzaju zabiegów. We wszystkich naszych przypadkach próbnego otwarcia jamy brzusznej znieczulenie miejscowe nigdy nie zawiodło. Warstwowo nacieczone tkanki roztworem perkainy nieczułe były na ból, powodowany cięciem noża i chwytem innych narzędzi, co umożliwiło przeprowadzenie zabiegów bez dołączenia uśpienia eterowego. Próbne otwarcie jamy brzusznej dokonane w tych warunkach przedstawia się ze względu na rokowanie niezmiernie korzystnie. Nie zachodzi bowiem obawa wystąpienia powikłań, będących w związku z zastosowaniem znieczulenia ogólnego, a z drugiej strony nic nie stoi na przeszkodzie dołączeniu go w razie ujawnienia się następowej potrzeby wykonania dalszego, cięższego zabiegu.

Opierając się na naszem klinicznem doświadczeniu, nadmienić jeszcze muszę, ogólnie w odniesieniu do znieczulenia miejscowego i na jego korzyść to, że w żadnym z wyliczonych przypadków nie spostrzegaliśmy powikłań, ani w następowem gojeniu się rany, ani też ogólnych, któreby były wywołane, lub spowodowane techniczną stroną znieczulenia, jak również i własnościami perkainy.

Uzyskane przez nas i przedstawione powyżej wyniki i spostrzeżenia uzasadniają w zupełności zajęcie się ogółu lekarzy chorób kobiecych sprawą znieczulenia miejscowego w zabiegach ginekologicznych i położniczych w ostatnich czasach. Wystarczalność i długotrwałość samego znieczulenia, brak jakichkolwiek powikłań, występujących w związku z niem, stawiają je w niektórych przypadkach ponad znieczuleniem ogólnem, stwarzając tem samem słuszne podstawy zapatrywań wielu klinicystów, że znieczulenie miejscowe w położnictwie i chorobach kobiecych powinno znaleźć bezwzględnie szersze i ogólniejsze zastosowanie, niż dotychczas.

Dr. Aleksander ZIENKIEWICZ. Włodzimierz.
Dyrektor Szpitala Powiatowego.

Spostrzeżenia o działaniu znieczulającem perkainy „Ciba".

O doniosłości znieczulenia miejscowego wie nietylko lekarz, lecz każdy laik, przeto rozpisywać się o niem niema potrzeby.

Szczególnej wagi nabiera sposób operowania pod miejscowem znieczuleniem w jamie brzusznej.

Z chwilą udoskonalenia znieczulenia, oraz przy zastosowaniu odpowiednich środków ku temu, inhalacyjna narkoza będzie stosowana tylko w nieznacznych wypadkach, przeważnie u dzieci.

Doskonały środek znieczulający, jakim jest nowokaina nie sprostał wszystkim naszym wymaganiom, gdyż działanie jego jest krótkotrwałe, poza tem po zastosowaniu nowokainy trzeba wyczekać conajmniej 10 minut zanim nastąpi znieczulenie.

Cokolwiek zawczesne przystąpienie do zabiegu powoduje ból u chorego, niepokój, co znowu odbija się ujemnie na chorym i na operatorze.

Często chory, względnie jego krewni, proszą o narkozę inhalacyjną, gdyż z własnego doświadczenia, lub też z opowiadań innych, wiedzą, iż miejscowe znieczulenie jest bolesne.

A wiemy dobrze, jak przyjemnie jest operować, kiedy chory jest spokojny na stole i tylko opowiada o swoich przeżyciach, cierpieniach i troskach tak, jakby był w gabinecie lekarza.

Nowy środek, perkaina, przedstawia się jako proszek w postaci bezbarwnych kryształków, bez zapachu i smaku i według określenia wytwórców jest dietyletylendiamidem kwasu alfa-butylocynchoninowego w połączeniu z kwasem solnym.

Perkaina łatwo rozpuszcza się w wodzie i wytrzymuje nawet parokrotne gotowanie.

Stosowałem roztwory, zrobione tuż przed zabiegiem i takie, które stały w zimnem i ciemnem miejscu przez miesiąc, z jednakowym wynikiem.

Nowy ten środek jest 5 razy więcej trujący niż kokaina, a działanie jego znieczulające jest 10 razy silniejsze niż kokainy.

Perkaina wpierw zwęża naczynia, a następnie je rozszerza, dlatego też dodaje się do roztworu adrenaliny.

Operowałem z dodaniem i bez dodania adrenaliny i wielkich zmian nie zauważyłem.

Jestem zwolennikiem raczej większego nakładania podwiązek podczas zabiegu, jak otrzymania krwiaków po zabiegu.

Zastosowałem perkainę w 142 zabiegach operacyjnych a mianowicie:

Nazwa zabiegu	Ilość	Ilość zużytej perkainy w roztworze 0,1%.
Hydrocele testis	3	15—20
Hernia inguinalis dext. et sin.	18	40—50
Hernia incarcerat. inguin. sin.	4	40—50
Hernia incarcerat. inguin. dext.	3	40—50
Hernia incarcerat. femoralis	2	40—50
Hernia lineae albae	1	30
Struma diffusa	3	50
Lymphadenitis colli lateralis	6	40—50
Lipoma	1	100
Fistula (regio buccinatoria)	2	15
Faux lupina	1	5
Epitelioma	2	10
Neoplasma linguae	1	5
Lymphadenitis carcinom.	2	100
Atheroma	19	1—2
Hydroma	1	20
Vulnus incis. et lacerat. (suturae)	28	10—30
Laparatomia explorativa	2	20
Lap., gastroenterostomia.	3	30—40
Lap., ventroplicatio	1	30
Osteomyelit. os. zygom.	2	30
Fistula ani	1	10
Oper. plastica perinei	3	15—20
Ca. labii inferior. cum metast.	1	60
Fistulae vesicouterinae	3	15—20
Neoplasma canal. inguinal	1	20—30
Mastoiditis (trepanatio)	1	10
Colporaphia anter. et post.	1	30
Tracheotomia	1	1
Corpus alienum.	11	5—20
Kystoma dermoidal.	3	5—10
Nodi haemorrhoid.	1	40
Hydrops sinus Highmori	1	20
Polipi mucos. nasi.	1	20
Discissio orific. externi uteri (Maks-Rosner)	5	20
Oper. plastica palpebrarum	3	1—2

Jak widać z wykazu, ilość zużytego roztworu waha się od 1 cm³ do 100 cm³, zależnie od zabiegu.

Ilość ta mniej więcej odpowiada ilości zużytej perkainy przez innych autorów (Santarius, Wójcicki).

Jako środek bardzo silnie działający w porównaniu do kokainy, nowokainy i tutokainy mógł i może wywołać do czasu jego całkowitego zbadania pewne powikłanie, a nawet i śmierć. Lecz ta okoliczność nie powinna nas zrażać do jego ostrożnego, badawczego stosowania.

Pierwsze kroki nie powinny nas zrażać i nie może tu zdarzyć się to, co miało miejsce w Petersburgu z pewnym lekarzem, który po zastosowaniu doledźwiowego znieczulenia przy użyciu parokrotnie słabszego roztworu kokainy, niż to wskazówki piśmiennictwa nakazywały, stracił chorego na stole, a w kilka dni potem odebrał sobie życie.

Jednak nie zaprzestano mimo to stosować znieczulenia doledźwiowego, przeciwnie, znieczulenie to zyskało szerokie zastosowanie.

Większość autorów (Henschen, Hofhauser, Bruchholz, Ritter, Usadel, Ruedi, Wiederhorn, Mandl 3) nie stwierdziła żadnych powikłań przy zastosowaniu perkainy.

Howard Jones uważa znieczulenie rdzeniowe zapomocą perkainy za najniezawodniejszą i najskuteczniejszą metodę. Stosuje się roztwór 1:5.000 w 0,9% roztworze soli kuchennej. Barach wykonuje operacje jamy brzusznej przy znieczuleniu jej drogą bezpośredniego wstrzykiwania 100 cm³ 0.5‰ perkainy do jamy

otrzewnej. W ten sposób dokonał osiem laparatomij próbnych, 77 operacyj na żołądku, 6 operacyj wycięcia wyrostka, 4 operacje na jelitach grubych, 1 cholecystektomję i cały szereg zabiegów ginekologicznych. Próby znieczulenia dootrzewnowego nowokainą nie udały się. 100 cm³ 0,5‰ roztworu perkainy jest, zdaje się, maksymalną dawką nietrującą. Autor prowadzi badania nad zmniejszeniem toksyczności perkainy przez jej stosowanie w roztworach hipertonicznych lub kleistych.

Moser opisuje trzy przypadki zatrucia perkainą po zastrzyknięciu podskórnem 60 cm³ roztworu 0,1%, 3 cm³ roztworu 0,05% i po zapędzlowaniu gardła roztworem 0,5%. Po kilku minutach wystąpiły wymioty, zamroczenie i drgawki kloniczne.

W dwóch przypadkach własnych miałem objawy nieznacznego zatrucia, a mianowicie: suchość języka, wymioty i bóle głowy w przeciągu doby po zastosowaniu 100 cm³ 0,1% perkainy.

Widzimy więc, że nawet małe dawki (Moser) mogą powodować bardzo przykre zatrucia, lecz te same ilości i nawet większe nie powodują żadnych zaburzeń.

Wszyscy są jednego zdania, że rany pooperacyjne przy zastosowaniu perkainy goją się dobrze, nie powodują żadnych powikłań, co również stwierdziłem i w mojej praktyce.

Dalsze spostrzeżenia przekonają nas o zaletach i wadach perkainy, wytworzą się pewne normy i wskazania, a wówczas nastąpi ostateczna opinja o tym środku.

Uważałbym za niewskazane stosowanie więcej niż 100 cm³ roczczynu 0,1% perkainy.

Reasumując, uważam na podstawie własnych doświadczeń, że perkaina jest bardzo dobrym środkiem znieczulającym, odpowiadającym wszystkim wymaganiom, które stawiamy miejscowemu znieczulaniu.

Piśmiennictwo:

Pol. Gaz. Lek. Nr. 17. 1931 r. — Nowiny Lekarskie, zeszyt Nr. 11, 1930 r. — Ginekologia Polska, tom X. 1931 r. — Zent. Bl. für Chirur. Nr. 19, 1931 r. — Lyon. Chir. 1930 r. Nr. 5. — Zfbl. f. Chir. Nr. 27. 1931 r.

OCENY I SPRAWOZDANIA.

Olaf Bang: *Klinische Urobilinstudien*. Oslo 1929, 195 str.

We wstępie zajmuje się autor dokładnem przedstawieniem poglądów dotychczasowych, czem jest urobilina, gdzie powstaje i jak krąży w ustroju. Dotychczas nie udało się urobiliny wyodrębnić. Tworzy ona mieszaninę różnych utlenionych przetworów urobilinogenu, ciała izolowanego i sztucznie przyprawianego z bilirubiny przez Fischera. Najwięcej zwolenników co do miejsca wytwarzania urobiliny posiada teorja enterohepatyczna głosząca, że urobilina tworzy się w jelicie grubem, tam się wchłania i przez żyłę wrotną dostaje się do wątroby. Wątroba nie zatrzymuje całej urobiliny, częściowo ją przepuszcza, przeto można ją wykazać w moczu. Zatrzymana urobilina pozostaje częściowo w wątrobie, częściowo dostaje się do żółci. Wzmożoną ilość urobiliny w moczu należy uważać w każdym przypadku za wskaźnik uszkodzenia tkanki wątrobowej.

Poleca autor, jako najlepszą, reakcję Schlesingera w modyfikacji Marcussena i Hansena, na której oparta jest i ilościowa reakcja Einar Larssena. Prosta reakcja aldehydowa Ehrlicha, która według Neubauera wykazuje obecność urobilinogenu, posiada szereg ujemnych stron. Urobilinogen szybko się utlenia w urobilinę, często już w pęcherzu moczowym i wymyka się z pod reakcji. Kwas solny dalej daje czerwone zabarwienie z całym szeregiem ciał innych a z tego powodu odczyn może nas wprowadzić w błąd. Po urotropinie odczyn ten nie wystąpi. Przeto Steensma (Holender) uważa, że odczyn powyższy jest nie do użycia.

Badaniami wykazano, że istnieje urobilinurja prawidłowa, zwłaszcza po jedzeniu, która wywołana jest pracą i natężeniem wątroby przy trawieniu. U noworodka znaleziono wartości wyższe pochodzenia matczynego, u oseska zaś urobiliny znajduje się mniej. Pomiędzy ilością prawidłową a patologiczną nie istnieje ostra granica, przechodzą one zwolna w siebie. U ludzi zupełnie zdrowych można doświadczalnie wywołać urobilinurję przy pomocy alkalozy przez podawanie *natrii bicarbonici* i diety ubogiej w węglowodany. Zagadnieniem ostatniem zajmuje się autor najdokładniej. Twierdzi, że w literaturze nie zwrócono na ten szczegół należytej uwagi. Zwłaszcza przy cukrzycy posiada to spostrzeżenie wielkie znaczenie.

U cukrzyków, leczonych dietą bezwęglowodanową lub ubogą w węglowodany, znajdywał zawsze urobilinurję. Jednak i u cukrzyków, spożywających przy odpowiedniem leczeniu dostateczną ilość węglowodanów, znalazł w szeregu przypadków zwiększone miano urobiliny. Urobilina u cukrzyka wskazuje na uszkodzenie wątroby a leczenie powinno być tak prowadzone, by cukrzyk mógł otrzymywać tyle węglowodanów, ile koniecznem jest do usunięcia urobilinurji i osiągnięcia wartości prawidłowych.

Książka pisana jasno i zajmująco powinna znaleźć się w bibljotece każdego lekarza, zajmującego się przemianą materji.

Dr. Ungar (Lwów).

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Młoda Matka, nr. 22 z roku 1931: J. Wiszniewski: O znaczeniu i sposobach dokładnego opróżniania piersi przy karmieniu niemowląt. — S. Średnicki: Czy i jak dalece płacz dziecka może wpłynąć na powstanie przepukliny? — P. Baumryter: Odżywianie dzieci limfatycznych. — M. S. Kilka słów w sprawie wełny. — J. Śmiarowska: Z higjeny macierzyństwa. — J. Brzósko-Gudërska: Miód dla dziecka. — C. Bańkowska: Rozmowa z dzieckiem na spacerze. — Z. Węgrzynowiczowa: Nasze nerwy. — A. Podgórska: Dzieci trudne.

Nowiny Społeczno-Lekarskie, rok V, nr. 22., z 15 listopada 1931: Z życia Związku Lekarzy Państwa Polskiego. Zmiany w kasach chorych. Rozporządzenie Ministra pracy i opieki społecznej z dnia 28 września 1931 roku w sprawie reorganizacji kas chorych. — Cz. Wiecki: O scalaniu kas chorych. — N. Metelski: Kryzys gospodarczy w warszawskiej kasie chorych a lekarze. — J. Lange: Po IV. ogólnopolskim Zjeździe przeciwgruźliczym w Zakopanem — 20—22 września 1931. — P. Klinger: W palącej sprawie. Lekarze i ich rodziny pozbawieni są pomocy lekarskiej.

Wiadomości Kas chorych, rok II. zeszyt 18 z roku 1931: Dział urzędowy. — Normy organizacyjne kas chorych. — Zagadnienie organizacji lecznictwa. — Z zagadnień ustawodawstwa ubezpieczeniowego. — Z zagadnień organizacyjnych kas chorych. — Zakłady przeciwgruźlicze zapobiegawcze dla dzieci w Polsce. — Ubezpieczenia społeczne zagranicą. — Opieka nad dziećmi i młodzieżą. — Z życia kas chorych. — Praca i opieka społeczna. — Bezrobocie.

Zdrowie, rok XLVI, nr. 19, z 1 listopada 1931: E. Karnicki: Gatunkowa powierzchnia ciała jako miernik fizjologiczny dla określenia potrzebnej energji, oraz składowych części pożywienia. — M. Skokowska-Rudolfowa: Zadania ośrodków zdrowia w zwalczaniu alkoholizmu. — F. K. Cieszyński: Kasy mieszkaniowe. — St. Stypułkowski: Z X. kongresu przeciwalkoholowego.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Bratislavské Lekárske Listy.

Piśmiennictwo czeskie.

Z. 4. 1931. (kwiecień).

Schwarz: *Zator arteriae centralis retinae po usunięciu jajnika z ropiejącem ciałem żółtem.*

U 38-letniej kobiety wytworzył się po sztucznem przerwaniu ciąży w 2-gim miesiącu zapalny guz, który po zabiegu chirurgicznym okazał się ropniem ciała żółtego. W 22-gim dniu po operacji wystąpiła nagle po niepowikłanym przebiegu pooperacyjnym ślepota lewego oka *(amaurosis)* z powodu zatoru *arteriae centralis retinae*. W dniach następnych wzrok uległ pewnej poprawie dzięki wytworzeniu się krążenia ubocznego z tętnicy rzęskowo-siatkówkowej. Przyczyną zatoru były prawdopodobnie zmiany we wsierdziu *(endocarditis)*.

Z. 5. maj. 1931.

K. Cárský: *Konserwowanie makroskopowych barwionych preparatów przy pomocy gazu świetlnego.*

Autor opisuje rozmaite metody utrwalające, które konserwują również i barwienia w preparatach makroskopowych. Najlepsze wyniki osiągnął przy pomocy metody Schultza przez połączenie gazu świetlnego z roztworem Joresa.

Hoffmann: *Przypadek raka jajnika z przerzutami w tarczycy i objawami Basedowa.*

Autor opisuje ciekawy przypadek raka jajnika, który tworzył przerzuty w gruczole tarczykowym, wywołując przez to zmiany w postaci objawów Basedowa.

Z. 6. czerwiec. 1931.

M ë l k a: *Regulacja poziomu cukru we krwi po podaniu ciał węglowodanowych.*

Autor spostrzegł, że płókanie gardła roztworem cukru gronowego, trwające szereg minut, wywołuje u pewnych osób w ciągu pierwszych kilku minut wzrost glikemji. U wagotoników już w pierwszych minutach występuje spadek glikemji. Stwierdził dalej, że płokanie roztworem cukru w późniejszem okresie, u wszystkich wywołuje spadek cukru we krwi. Autor objaśnia ten objaw, jako wynik wzmożonego wydzielania insuliny. Dzieje się to z powodu odruchu, którego odśrodkową drogę przedstawia nerw smakowy zaś dośrodkową nerw błędny. Początkowy, nieznaczny wzrost glikemji, który występuje w niektórych przypadkach, tłumaczy autor równoczesnem, wzmożonem wydzielaniem adrenaliny. Możliwe, że są to jednostki sympatykotoniczne, możliwem też jest, że w grę wchodzi wchłanianie cukru gronowego przez błonę śluzową jamy ustnej.

Dr. Ungar (Lwów).

Piśmiennictwo francuskie.
Revue Belge des Sciences Médicales, Louvain.

Nr. 4, kwiecień 1931.

P a s t e u r V a l l e r y - R a d o t, D e r o t i G a n t h i e r - V i l l a r s: *Reproduction experimentale des nephrites aiguës et chroniques par l'injection de sels de bismuth.*

Doświadczenia przeprowadzano na 19 królikach. Podawano bizmut w zawiesinie olejowej celem wywołania zapalenia nerek. Przy pomocy odpowiednich dawek osiągnęli autorzy rozmaite stopnie zatrucia; ostre, podostre i przewlekłe. Uważają, że doświadczalnie wywołane uszkodzenia kanalików mogą być przyczyną zatrucia azotem pozabiałkowym i białkomoczu. Przeprowadzają kilka porównań anatomo-fizjologicznych. Stoją na stanowisku, że ich wyniki, oparte o badania drobnowidowe i fizjologiczne, świadczą: 1) o azotemji bez jakiegokolwiek uszkodzenia kłębuszków; jest to jednym z dowodów o wydzielaniu mocznika przez kanaliki, okoliczność podniesiona przez szereg autorów, a zdaniem autorów niniejszej pracy wskazują na słuszność tego poglądu badania mikrochemiczne. 2) o możliwości białkomoczu pochodzenia kanalikowego.

M. R o c h: *La douleur provoquée par une affection viscérale peut-elle être la conséquence d'une modification humorale des téguments voisins?*

Autor przeprowadził szereg klinicznych doświadczeń opisywanych przez innych autorów, badając je na objaw bólu wewnętrznego. Sądzi, (zachowując jeszcze we wnioskach pewną wstrzemięźliwość), że w bólach narządów wewnętrznych objawy bolesne idą często w parze z uszkodzeniami narządu krążenia i humoralnemi na powierzchni narządów, które przyśpieszają wchłanianie. Te zmiany, których naogół nie można odkryć zapomocą zwykłych metod, mogą być stwierdzone przez odczyn Mc Clure-Aldricha.

C. L i a n: *De l'angine de poitrine compliquant les nevralgies thoraco-brachiales gauches.*

Lian opisuje 5 przyp. na 36 anginy piersiowej, w których widział powikłanie z neuralgją torako-brachjalną lewą. Zdaniem autora angina piersiowa jest zespołem objawów o następujących 5 rysach charakterystycznych: 1) umiejscowiona jest nad mostkiem lub w dołku podsercowym, 2) promieniuje do części sąsiadujących, zwłaszcza do lewej ręki, 3) daje uczucie lęku, względnie strachu lub niepokoju psychicznego, śmiertelnej grozy; zamiast nich chory odczuwać może ucisk klatki piersiowej lub ściskanie, 4) objawia się napadowo, 5) jest wyrazem uszkodzenia lub czynnościowej niedomogi serca względnie wielkich naczyń.

Autor opisuje swój sposób leczenia anginy piersiowej: podaje azotyny, kwas acetylosalicylowy, acetfenetidynę, amidopirynę i salicylan sodowy; podskórnie wstrzykuje *procainum hydrochloricum*, jodek sodu, roztwór benzyl-salicylatu w oleju i kamfory oraz parawertebralnie *procainum hydrochloricum*.

Leczenie nerwobólów piersiowo-ramieniowych *(thoraco-brachialis)* polega na naświetlaniu promieniami Roentgena korzeni zwoju ramieniowego *(plexus brachialis)* a również i zwoju sercowego, jeśli obecną jest i kryza anginowa.

Dr. Ungar (Lwów).

Piśmiennictwo amerykańskie.
The Journal of Laboratory and Clinical Medicine.

Vol. XVI. Nr. 2. Listopad. 1930.

S. R o s e n t h a l: *Zakrzep i zator.* Najczęstsze są, wedle materjału, obejmującego 1000 autopsyj, po 41 r. ż., przy nieprawidłowościach w systemie krążenia. Konieczne są przytem zmiany we krwi.

R. M o e h l i g: *Wewnętrznowydzielnicze współzależności.* (Stosunki embrjohormonalne kory nadnerczy do tkanki mesoteljalnej). Wyrażenia „embrjohormonalny", używa M. w tem znaczeniu, że gruczoł dokrewny, pochodzący z danej tkanki wpływa na systemy, pochodzące również z tej tkanki. Kora nadnerczy pochodzi z mesodermy, a wpływa hormonalnie na twory, pochodzace z części mesodermy, mianowicie z *mesothelium:* gruczoły płciowe oraz mięśnie prążkowane wraz z sercowym. Nie jest to regułą, gdyż np. przysadka pochodzenia ektodermalnego nie ma wpływu hormonalnego na systemy wyłącznie tego samego pochodzenia. Następnie M. zajmuje się ścisłym związkiem, jaki zachodzi między korą nadnercza, a gruczołami płciowemi (zanik ich w chorobie Addisona), a mięśniami szkieletowemi (zmiany degeneratywne w chorobie Addisona, przerostowe w nadnerczaku i t. d.), oraz mięśniem sercowym (obniżone ciśnienie krwi); związkiem między przysadką, a korą nadnercza, przyczem zauważa, że przy przeroście przysadki mamy przerost nadnercza, przerostowi kośćca przeto towarzyszy przerost mięśni i w ten sposób objawia się harmonijna korelacja.

R. D'A u n a y i J. B e v e n: *Grzybica (Blastomycosis) narządów wewnętrznych.* Podkreślić należy podobieństwo do gruźlicy zmian anatomicznych w płucach.

F. G r e e n b a u m i P. K o b e r: *Znaczenie płynów buforowych w chemoterapji.* G. i K. omawiają roztwory buforowe w innem znaczeniu (wedle autorów w szerszem) niż zwykle, uważają mianowicie, że są to roztwory, które, stosowane z lekiem zbyt toksycznym, toksyczność tę zmniejszają. Szereg przykładów: zastrzyki, celem obliteracji żylaków — 50% roztwór glukozy z 30% chlorkiem sodu działa łagodniej, niż sam chlorek sodu, roztwór glukozy jest tedy „buforem": tiosiarczan sodowy służy jako ustalacz dla tiosiarczanu sodowego złota (sanokryzyna) i umożliwia utrzymywanie go na stałe w roztworze: i to ma być działaniem buforowem: dzięki dodaniu mocznika można stosować większe ilości chlorku lub jodku wapnia dożylnie, mocznik jest tu ciałem buforowem. Wreszcie przy stosowaniu przetworów arsenowych i rtęciowych dożylnie, dodatek glukozy zmniejsza znacznie toksyczność tychże. Dla takiego łagodzącego działania konieczna jest obecność w danem ciele grupy aminowej (mocznik) lub hydroksylowej (dekstroza).

A. P a r s o n n e t: *„Blok" węzła zatokowego, jako następstwo influenzy.* Odznaczał się wypadnięciem jednego całego okresu akcji serca, co 7—8 razy, przedstawiając się (bez elektrokardjogramu) jako niemiarowość pozaskurczowa.

W. K u e n z e l i T. T o o d: *Badania przewodu pokarmowego człowieka. VII. Zachowanie się żołądka wobec wody i kwasu mlekowego.* K. i T. podkreślają ważność badania żołądków odpowiednio wyćwiczonych dla otrzymania możliwie jasnego obrazu. Po podaniu wody (w dwie minuty) zwiększa się wychylenie fal skurczowych ścian żołądka, a odźwiernik bez przerwy przepuszcza wodę do dwunastnicy. Mleko, przeciwnie, zmniejsza głębokość fal skurczowych. Natomiast kwas mlekowy wpływa też na szybkość skurczów — zmniejsza je, zmniejsza częstość skurczów, oraz wzmaga ich siłę i głębokość. Odźwiernik otwiera się i zamyka często. Dlatego niema tego objawu, co po wodzie, kiedy to wskutek otwartego odźwiernika odbywa się zobojętnianie wzmożonego wydzielania żołądkowego oraz ssanie gazu z bańki gazowej w głąb żołądka (wzdęcie).

G. Y o u n g b o u r g i M. Y o u n g b o u r g: *Przemiana fosforowa.* I. Sposób badania fosforu we krwi.

R. S p r a y: *Ogrzana krew oraz pochodne krwi dla hodowli drobnoustrojów hemoglobinochłonnych.*

R. K r a c k e i H. T e a s l e y: *Skuteczność hodowli z krwi.* Doniesienie o nowym sposobie, opartym na wiązaniu dopełniacza.

A. A n d e r s o n i S. H o w e l l: *Oznaczanie azotu niebiałkowego w 1/10 cm³ krwi.*

B. K l i n e: *Mikroskopowe próby strącania w kile.*

S. S c h w a r t z: *Porównanie próby Kahna i Wassermanna.* Pierwsza jest o 12% czulsza.

R. S p r a y: *Nowa płytka dla hodowli beztlenowych.*

Bincer (Kraków).

Piśmiennictwo niemieckie.
Medizinische Klinik.

Nr. 14. — 1931 r.

O. v. F r a n q u é: *Wczesne rozpoznanie raka części rodnych kobiecych.* Najczęściej z organów ludzkich ulega rakowi macica. Rak trzonu i szyjki w okresach początkowych, gdy jeszcze nie daje objawów podmiotowych, a więc tego co skierowuje chore do lekarzy, jest najwłaściwszym okresem do leczenia operacyjnego. By umożliwić to wczesne rozpoznanie, domaga się autor częstego badania kobiet, zwłaszcza wieloródek nawet bez danych przed-

miotowych i to przedewszystkiem po 30 r. życia. Lekarze praktycy, nawet w przypadkach b. wątpliwych, powinni zawsze posługiwać się badaniem histopatologicznem. Wszystkie leukoplakje na *portio vag.* należy skrupulatnie wyciąć i histologicznie przebadać, ponieważ często poza obrazem leukoplakij kryje się rak. Z nowotworów jajników często dopiero badanie mikroskopowe, a więc pooperacyjne, daje pewne rozpoznanie, przeto przed tym badaniem guz należy traktować zawsze radykalnie. *Chorionepithelioma* jest najczęściej następstwem zaśniadu groniastego. Można go więc odczynem A. Z. w moczu stosunkowo łatwo wykryć.

C. Foerster: *Kończyna — fantom:* Znanym jest powszechnie fakt odczuwania przez chorych kończyny amputowanej. Autor opisuje przypadki w których tacy chorzy byli w stanie dokładnie odtwarzać pozycję owej kończyny na kończynie zdrowej. Ułożenie owe według niektórych, ma odpowiadać pozycji najczęściej nadawanej tej kończynie przed amputacją. Istnienie tego zjawiska tłumaczy sobie autor obecnością neuronów dośrodkowych tej kończyny, które, dopóki nie zmarnieją z nieczynności, mogą powodować to zjawisko.

F. Depisch: *Nowe zapatrywania i doświadczenia nad operacyjnem leczeniem diabetes mellitus:* Istnieje regulacja wątrobowo-tkankowa, polegająca na zmniejszeniu rozkładania glikogenu na cukier w wątrobie z jednej strony, a z drugiej na zdolności spalania cukru w tkankach. Istnieje również przeciwregulacja, która powoduje powstawanie wielkich ilości cukru w wątrobie, a osłabienie spalania go w tkankach. Insulina wprowadzona do ustroju diabetyka ma wpływać pobudzająco na regulację wątrobową, osłabiając przeciwregulację. Istnieją też przypadki w których przeciwregulacja jest osłabiona i to są przypadki nadwrażliwości na insulinę. Porównując poziomy cukru krwi kapilarnej i żylnej, możemy wnosić gdzie jest wzmożona przeciwregulacja: w tkankach czy w wątrobie. Leczenie dietetyczne poleca zaczynać od diety podstawowej i odpowiednio nią kierując dojść do granicy tolerancji ustroju, a stosowanie insuliny powinno mieć miejsce dopiero w przypadkach, nieleczących się dietą. U diabetyków otyłych poleca Noorden dietę jarzynowo-owocową bez tłuszczów i soli. Z zabiegów operacyjnych należy wymienić: podwiązanie przewodu trzustkowego, masowe ligatury samej trzustki, podwiązanie przewodu przyusznicy. Temi zabiegami uzyskiwano na zwierzętach diabetycznych obniżenie się zwierciadła cukru we krwi, u ludzi jednak zabiegi te nie mają praktycznego znaczenia. W leczeniu *coma diabet.* poza dużemi dawkami insuliny, *4% natr. bicarb.* dożylnie, poleca przepłukiwanie rdzeniowe surowicą końską lub meningokokową.

A. Jacobson: *Etjologja linitis plastica.* Mianem linitis plastica obejmujemy obraz przedstawiający zgrubienie ściany żołądka, które makroskopowo przedstawia się jako zgrubienie łączno-tkankowe, zwłaszcza w warstwie podśluzowej, którego pęczki wnikają w mięśniówkę, zaś bł. śl. żołądka twarda, koloru bladożółto-szarego jest silnie pofałdowana, surowicówka zmętniała, całość robi wrażenie organu o postępującej marskości. Mikroskop wykazuje silny rozrost wł. tk. łącznej w szczególności w podśluzówce, silnie zbitych, powodujących owo stwardnienie, dookoła naczyń widoczne nacieki komórkowe. Pochodzenie owego schorzenia niejasne, większość autorów przychyla się za uznaniem *gastritis chronica* jako przyczyny. Mało prawdopodobnem wydaje się przypuszczenie, jakoby było następstwem ropowicy ściany żołądka. W wielu przypadkach udało się wykazać daleko posuniętą miażdżycę naczyń, niedomogę serca i dlatego łączono te zmiany z niedomogą krążenia w ścianie żołądka.

E. Traum: *Przepuklina uwięzgnięta pod obrazem ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego.* Przypadek ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego, operowany, wykazał brak jakichkolwiek zmian na wyrostku, natomiast pętla jelita cienkiego na przestrzeni 3 cm uwięzgła w uchyłku wytworzonym przez zrost obok ściany kątnicy.

J. Schlammandiger, E. Szép: *Doświadczenia z dietą Gersona-Sauerbrucha-Hermannsdorfera w gruźliczych i innych dermatozach:* Odczyn tkanek ustroju, ich zapas zasad, stężenie pH ma wpływ na procesy gojenia w schorzeniach skórnych. Gojeniu schorzeń ostrych sprzyja odczyn alkaliczny, zaś przewlekłym kwaśny. Przez doprowadzanie w diecie do ustroju zasad można do pewnego stopnia przesuwać nieznacznie odczyn ustroju w jedną czy w drugą stronę. Stosowanie tej diety musi odbywać się bardzo ściśle, a więc tylko w zakładach. Hermannsdorfer dietą doprowadza do zakwaszenia, Gerson zaś do zalkalizowania ustroju. Obserwacje na chorych z tą dietą wykazały znaczne polepszenia w schorzeniach t. b. c. skóry, a tylko te nie reagowały, które nadawały się *a priori* do leczenia chirurgicznego. Reakcje alergiczne przy stosowaniu diety Hermannsdorfera występowały znacznie silniej.

H. Horster: *Badania na zwierzętach nad działaniem spirocid'u w schorzeniach kiłowych systemu nerwowego centralnego.* Wczesne stosowanie spirocid'u *per os* u myszek białych sztucznie zakażonych kiłą, chroni je przed późniejszem wystąpieniem kiły systemu nerwowego.

Hayward: *Porażenia mięśniowe.* Podaje sposoby traktowania chirurgicznego porażeń mięśniowych na tle uszkodzeń ośrodków lub nerwów obwodowych.

C. Heidepriem: *Nowe środki lecznicze.* 1) „Orasthin" wyciąg hormonalny z przedniej części przysadki mózgowej może być stosowany do tych samych wskazań co pituitryna, nie posiada jednak jej działań ubocznych, zwłaszcza na narząd krążenia. 2) „Tonephin". Preparat ten zawiera składniki od których została uwolniona orastyna, stosowany jest przy atonji jelit lub przy pooperacyjnych porażeniach jelit.

Grosse-Oetringhaus: *Nowy aparat ochronny przeciw zakażeniu kropelkowemu.* Na ramkach rozpięta błona gumowa, którą na szynach można przesuwać w różnych kierunkach, w badaniach zwłaszcza laryngologicznych chroni lekarza przed wchłanianiem bezpośredniem bakteryj wykaszlanych przez pacjenta.

Godłowski (Kraków).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Częstochowskie Towarzystwo Lekarskie.

Posiedzenie z dn. 18. IV. 1931 r.
Przewodniczy: prezes kol. Rożkowski.

1) Kol. Batawia pokazał preparat włókniaka naczyniastego, usuniętego operacyjnie z tylnej jamy nosowej u kilkunastoletniego chłopca. Przypadek zasługuje na uwagę ze względu na trudności techniczne podczas operacji. Guz był zrośnięty na szerokiej przestrzeni z małżowiną dolną lewą i wypełniał całą lewą połowę jamy nosowo-gardłowej, przy najlżejszem dotknięciu silnie krwawił. Aby uzyskać dostęp do niego, przeprowadzono operację metodą Ruge, przecinając śluzówkę pod wargą górną oraz przegrodę nosową, co dało możność podniesienia nosa ku górze; poczem guz usunięto wraz z większą połową małżowiny dolnej. Znieczulenie *per clysmam* (eter i oliwa āā 60,0). Przebieg operacji pomyślny.

2) Kol. Bram wygłosił referat: „Rentgenodiagnostyka gruźlicy płuc", ilustrowany pokazem kilkudziesięciu klisz.

Prelegent na wstępie omawia prawidłowy obraz płuc z uwzględnieniem nazw rentgenologicznych, podkreślając, że nie należy utożsamiać pojęcia „pola płucnego" z płatem płucnym, że określenia „rozszerzone wnęki" nie powinno uważać się za sprawę chorobową gruczołów przyoskrzelowych. Za podstawę rozpoznania rentgenologicznego różnych postaci gruźlicy płucnej i pozapłucnej prelegent przyjmuje patogenetyczny podział Rankego. Dawne poglądy Rankego na gruźlicę I i II okresu, jako na gruźlicę przeważnie wieku dziecięcego, i okresu III, jako gruźlicę osób dorosłych, nie utrzymały się w świetle ostatnich badań. Od r. 1922, gdy Assman ogłosił swe spostrzeżenia o klinicznym początku suchot w polu podobojczykowem, nastąpił zasadniczy zwrot w pojęciu o powstawaniu gruźlicy płuc. W obrazie rentgenowskim widzimy ograniczone okrągławe ogniska wysiękowe, umiejscowione przeważnie w polu podobojczykowem, mogą one być widoczne również w dolnem polu, a bardzo rzadko w środkowem. Tem samem upada dawne pojęcie o szczytowem powstawaniu gruźlicy płucnej. W okresie I zakażenie się szerzy tylko na drodze naczyń chłonnych, a ognisko pierwotne wraz ze zmienionemi swoiście naczyniami i gruczołami chłonnemi nosi nazwę zespołu pierwotnego. Ten zespół może (ale nie musi) rozwinąć się dalej i wtedy wchodzimy w II okres, według Rankego, okres uogólnienia gruźlicy. Z powodu przejścia prątków z gruczołów do układu krwionośnego, powstają wówczas różne postaci krwiopochodnej gruźlicy płuc: 1) *tbc. miliaris discreta,* 2) *tbc. fibrosa diffusa, pleurite à répétition* i t. p., 3) *tbc. miliaris diffusa, ulcero-fibrosa, caseosa,* i t. p.

Następnie prelegent omawia postacie gruźlicy III. okresu i na zakończenie gruźlicę gruczołów u dzieci.

Prelegent podkreśla doniosłość badania rentgenowskiego, bez którego w czasach obecnych rozpoznanie wczesnych postaci gruźlicy płuc jest często niemożliwe. (streszczenie własne).

W dyskusji: Kol. Koniecpolski zwraca uwagę, że ogniska podobojczykowe Assmana często są umiejscowione nie pod obojczykiem, lecz w szczytach. Zmiany opisane przez Assmana, były już przed tem opisane przez autorów francuskich. Kol.

Szwedowski zaznacza, że ogniska Assmana przeważnie bywają pod obojczykiem, dopiero później posuwają się ku górze. Nacieki wczesne podobojczykowe, nawet bez poważniejszych objawów klinicznych powinny być leczone odmą. Kol. St. Kon zapytuje, czy klasyfikacja rentgenologiczna gruźlicy płuc, jest mniej złożona, niż klasyfikacja kliniczna. Kol. Rożkowski zwraca uwagę, że prelegent nie wypuklił dostatecznie tego wielkiego przełomu, który dzięki rentgenologji powstał w poglądach na powstawanie i przebieg spraw gruźliczych w płucach. Że gruźlica nie zawsze rozpoczyna się w szczytach zwrócił na to uwagę już ś. p. Dłuski. Bardzo ważna jest rola rentgenologji w rozpoznaniu najwcześniejszych okresów jam, kiedy klinicznie jeszcze nic nie daje się stwierdzić poza lekką przemijającą gorączką, kaszlem, czasami bardzo małem krwiopluciem. Rentgenograficznie można odróżnić trzy okresy jam: I okres — cień okrągły słabo zaznaczony, środek niezupełnie jasny; jest to okres przygotowawczy Jaquerada; klinicznie — brak plwociny. II. okres: na rentgenogramie wyraźny cień obrączkowy, środek jednostajnie jasny; w plwocinie są już prątki. III. okres — okres jam b. dużych rozmiarów o charakterystycznym i znanym wyglądzie. Prelegent pokazał nam przeważnie jamy III. okresu, które mogą być już stwierdzone klinicznie. Ważniejsze są jednak dwa pierwsze okresy, gdyż im wcześniej będzie założona odma, tem lepszy będzie wynik leczenia. Co do gruczołów przypomina, że medycyna jakiś czas żyła pod znakiem gruczołów, znajdowano przerośnięte, względnie zwapniałe gruczoły tam, gdzie ich wcale nawet nie bywa; według najnowszych poglądów francuskich wszystko co widzimy poniżej V żebra — są to ogniska pierwotne. Należy podkreślić, że interpretacja cieni otrzymywanych przy prześwietleniu Roentgenem nie jest rzeczą łatwą i wymaga dużego doświadczenia klinicznego i rentgenologicznego, to też często spotykamy się z nieodpowiedniem rozpoznaniem, przyjmowano np. za jamy cienie gruczołów piersiowych młodych dziewczynek lub małe odmy w zrostach. Również trudna jest i technika naświetlań leczniczych.

Kol. Łokczewski mówi o szerzeniu się gruźlicy drogą naczyń chłonnych i o większej ostrożności w rozpoznawaniu gruźlicy gruczołów w piśmiennictwie francuskiem.

Prelegent odpowiada, iż nie miał na celu wyczerpująco omówić gruźlicy płuc, lecz pokazał to, co miał, może zbyt mało, jeżeli przyjąć pod uwagę ogromny materjał rentgenologiczny w Częstochowskiej Kasie chorych. Mała względnie ilość zdjęć ciekawych oraz pewne nieporozumienia są wynikiem braku współpracy internistów z rentgenologiem. Chorzy, kierowani do prześwietlania, bardzo często nie są dostatecznie zbadani klinicznie: rentgenolog nie wie, jakie są objawy chorobowe, a często nawet, o co chodzi interniście. Należy też przyjąć pod uwagę, że Roentgen wykrywa tylko zmiany anatomo-patologiczne, a nie kliniczne i dlatego rentgenolog nie zawsze może odpowiedzieć, dlaczego badany ma te lub inne objawy kliniczne, lub dlaczego gorączkuje. Co do klasyfikacji rentgenologicznej gruźlicy można wyraźnie odgraniczyć następujące zmiany: 1) Assmanowskie ognisko pierwotne, 2) zmiany włókniste (wytwórcze i wytwórczo-wysiękowe), 3) zserowacenia, 4) ***phtisis ulcero-fibrosa cum cavernis*** i 5) ***tbc. miliaris.***

Posiedzenie z dn. 16. V. 1931 r.
Przewodniczy: prezes kol. Rożkowski.

I. Kol. A. Franke pokazał i omówił przypadki poniższe:

1) Roczne dziecko z wypadnięciem trzew *(eventratio)* tuż ponad pępkiem z brakiem zupełnym powłok skórnych i mięśniowych nad niem; pod cieniutką błoną widoczne są ruchy jelit i tętnienie aorty. Roentgen wykazał prócz tego przesunięcie serca na prawo *(dextrocardia)*. Rokowanie co do życia niepomyślne.

2) Chora, 70 l., skierowana do szpitala z podejrzeniem na niedrożność jelit. Po lawatywie stwierdzono guz esicy *(carcinoma sigmae)*. Operacja: *anus praeternaturalis* i wycięcie jelita wraz z guzem w 4 tygodnie później — *discisio ilei* i zespolenie jelita cienkiego z *rectum*. Chora czuje się dobrze, zespolenie funkcjonuje prawidłowo.

3) U chorego z zapaleniem wyrostka robaczkowego i zapaleniem otrzewnej podczas operacji po stronie prawej znaleziono esicę; po dodatkowem cięciu w l. środkowej znaleziono jelito ślepe i wyrostek robaczkowy po stronie lewej. Wykonano apendektomję. Chory wyzdrowiał. Roentgen wykazał *situs viscerum inversus*.

4) Chora skierowana do szpitala z powodu *cystitis ac.* Oddawanie moczu bolesne i częste (do 40 razy na dobę); stan ogólny ciężki, ciepłota wieczorami ponad 39,0°. Badanie moczu wykazuje obok białka kilka erytrocytów świeżych i dużo leukocytów. Cystoskopja wykazała owrzodzenie przy ujściu moczowodu do pęcherza (objaw charakterystyczny dla gruźlicy nerki). Funkcja nerki lewej zła. Prątków Kocha nie wykryto. Wobec pogarszania się stanu chorej wykonano wycięcie nerki drogą pozaotrzewnową. Usunięta nerka powiększona z jamami, wypełnionemi zieloną, bezwonną ropą. Badanie histologiczne potwierdziło rozpoznanie gruźlicy. Chora wyzdrowiała, przybyła na wadze, czuje się dobrze i pracuje.

5) Dziewczynkę, 10 l., ze zgrubieniem kości śródręcza (guz od strony dłoni). Roentgen wykazał chrząstniaka. Usunięto tylko większy guz i zastosowano naświetlanie Roentgenem. Sprawa nie posuwa się.

6) Chorego z rozpoznaniem: *hypertrophia prostatae* z objawami zatrucia na tle *retentio urinae*.

Na początku zrobiono przetokę, aby usunąć zatrucie, poczem usunięto gruczoł krokowy. Operowany czuje się dobrze. Kol. Franke podkreśla, że przypadki wycięcia gruczołu krokowego, wykonywane jednoczasowo kończą się zawsze źle, przypadki wykonywane 2-czasowo dają wyniki przeważnie pomyślne. Konieczne jest badanie mocznika we krwi i funkcji nerek.

7) Preparat usuniętej śledziony wskutek przebicia jej nożem.

8) Preparat wyrostka robaczkowego operowanego w pierwszej dobie choroby. Wyrostek wielkości parówki wypełniony ropą. Sączek mały do 7 dnia. Powtórnych sączków nie zakładano. Na 14 dzień zagojenie.

W dyskusji: Kol. Goldman podaje, że w przypadku *appendicitis z situs viscerum inversus* chory odczuwał bóle po stronie prawej, również bolesny był ucisk w p. Mac Burney'a po stronie prawej. Kol. Franke przypomina, że bóle raczej były obustronne. Kol. Rożkowski mówi, że niekiedy zdarza się odczuwanie bólów po stronie przeciwnej. W gruźlicy nerek, zwłaszcza w okresie początkowym, rozpoznanie jest zazwyczaj trudne. Podejrzenie na gruźlicę budzi bardzo silna bolesność przy oddawaniu moczu i krwiomocz.

II. Kol. Goldman pokazuje chorą, operowaną z powodu dużego guza w jamie brzusznej przy 3 miesięcznej ciąży. Po otwarciu jamy brzusznej stwierdzono torbiel skórzastą, silnie zrośniętą z pęcherzem moczowym. W podobnych przypadkach trudna jest decyzja, czy guz oddzielić od pęcherza, czy resekować część pęcherza. Kol. G. resekował część pęcherza. Ciążę pozostawiono. Wynik zabiegu dobry: operowana jest obecnie już w 7 m. ciąży. (Torbiel zawierała rozwiniętą szczękę z kilku zębami).

W dyskusji kol. Epstein przypomina podobny przypadek w szpitalu na Zawodziu. U chorej były 2 guzy, przyczem wskutek długiego trwania operacji z powodu zrostów guzów z pęcherzem moczowym i macicą i złego stanu chorej musiano operację zakończyć, pozostawiając drugi guz. Na 10-ty dzień z moczem zaczęły wydzielać się włosy i tłuszcz. Powoli cała zawartość guza wydzieliła się i nastąpiło zupełne wyleczenie.

III. Kol. J. Lipiński pokazał 2-ch chorych:

1) Chłopca ze zropiałemi gruczołami chłonnemi szyi (chory ten już 2-krotnie był pokazywany przez kol. Gutmana). Zastosowano leczenie tuberkuliną; narazie wynik dobry, guzy zmniejszają się.

2) Drugi chory leczony tuberkuliną z ropniem zimnym pod łopatką, również z wynikiem dobrym — ropień uległ wessaniu.

W dyskusji: Kol. Franke wypowiada się za naświetlaniem gruczołów gruźliczych Roentgenem; przytem niektóre guzy ulegają wessaniu, inne ropieją; ropę wówczas aspiruje się i zastrzykuje się emulsję jodoformową. Kol. Rożkowski przestrzega przed przedwczesną oceną leczenia tuberkuliną, tem bardziej, że w przypadku pierwszym leczenie trwa dopiero kilka miesięcy.

IV. Kol. Szaniawski pokazuje chorą z rozpoznaniem: *„Morbus maculosus Werlhofi, trombopenia essentialis (Frank) cum splenomegalia et pedonephritis Heubnera"*, szczegółowo omawiając ten przypadek.

Chorą obserwuje od 1929 r., gdy po raz pierwszy została skierowana do szpitala z rozpoznaniem ***nephritis***. Chora lat 12, prawidłowej budowy i średniego odżywienia, wzrost 139 cm (norma 142), waga 29 kg (norma 34). Powłoki skórne i błony śluzowe blade z licznemi wybroczynami w skórze. W płucach i sercu zmian niema. Brzuch umiarkowanie wzdęty; wątroba niemacalna: śledziona na 4 palce poprzeczne wystaje z pod łuku żebrowego, miękka, niebolesna, ruchoma, wypukiem górna granica na 8 żebrze. Badanie krwi wykazało: małopłytkowość *(trombopenia)* 30—40 tysięcy płytek Bizzozero: leukocytów 5300: czerwonych ciałek 4.200.000; Hg (Sahli) 72%; obraz krwi według Schillinga — norma: wskaźnik barwny 0,9; odczyn Wassermanna we krwi ujemny. (Badania krwi dokonano w pracowni Dra Konara). W moczu białka 0,5—1‰, liczne wyługowane i świeże krwinki czerwone, 1—2 wałeczki ziarniste na 2—3 pola widzenia, ciężar gatunkowy 1006—1032 po diecie wodnej, względnie suchej.

Objawów kiły wrodzonej niema. Stan bezgorączkowy. Parcie krwi prawidłowe. Z objawów czynnościowych i naczynio-ruchowych stale występujący objaw Gumpel-Leede (opaskowy). Wybroczyny po postawieniu suchej bańki (Hecht). Wylewy po lekkiem ukłuciu szpilką (Koch).

Chora była w szpitalu około 4 tyg., przez cały czas utrzymywał się białkomocz do 1‰, czerwone ciałka krwi świeże i wyługowane oraz nieliczne wałeczki ziarniste w osadzie. Kol. Fogelbaum cystoskopował chorą i zmian chorobowych w pęcherzu i moczowodach nie znalazł. Bywały dość częste krwotoki z nosa. Rozpoznaliśmy *pedonephritis Heubneri, diathesis haemorrhagica (trombopenia essentialis)*. Chora została wypisana z poprawą t. j. ze śladami białka i z b. nielicznemi krwinkami w moczu.

W 1930 r. chora przybyła do szpitala powtórnie, tym razem z silnem zabarwieniem żółtaczkowem spojówek i skóry. Okolica wątroby tkliwa przy ucisku, śledziona jak w czasie pierwszego pobytu. Stan podgorączkowy, stolce odbarwione. W moczu prócz śladów białka, nielicznych czerwonych ciałek krwi wyługowanych oraz wałeczków ziarnistych w osadzie, barwiki żółciowe w większej ilości. Wa. (—). Badanie krwi jak poprzednio. Płytek Bizzozero 30.000. Po paru tygodniach żółtaczka ustąpiła i chorą wypisano.

W drugiej połowie 1930 r. chorą mieliśmy poraz 3-ci w ciągu tylko kilku dni; przybyła z powodu silnych krwotoków z nosa. Badanie krwi wykazało te same prawie stosunki liczbowe, jak powyżej. Z powodu nagłej śmierci ojca chora po kilku dniach wypisała się.

Chorą obecnie mamy w szpitalu po raz 4-ty. Stan obecny: wiek 14 l. 9 m., wzrost 144 cm (norma 155), waga 38 kg (norma 45). Brak owłosienia pod pachami i na wzgórku łonowym, gruczoły piersiowe nierozwinięte. Budowa prawidłowa. Odżywienie mierne. Liczne wybroczyny krwawe od wielkości główki szpilki do orzecha włoskiego w skórze i tkance podskórnej. W płucach i sercu zmian żadnych. Parcie krwi *minimum* 50 m., *maximum* 110 m (Korotkow). Śledziona jak po raz pierwszy. Wątroba niewyczuwalna. Mocz koncentruje dobrze, białka 0,5‰, bardzo nieliczne krwinki i wałeczki w osadzie. Badanie krwi: płytek Bizzozero 20.000 (nierówne i wielopostaciowe); erytrocyty 3.600.000; leukocyty 4.600. Hg 87%; wskaźnik barwny 0,9. Wzór Schillinga: limfocytów małych 20%; limfocytów dużych 2%, monocytów 5%, form przejściowych 1%, eozynofil. 4%, neutrofil. 68%. Objaw opaskowy, objaw Kocha i Hechta wybitnie dodatnie. Badanie czasu krwawienia *in vivo* przedłużone do 10 min., *in vitro* 8 min. Opadanie krwinek (Biernacki) $2^1/_2$ godz. Wa (—). Badań kurczliwości, odporności skrzepu, aglutynacji, określenia ilości soli wapiennych, trombiny i t. p. nie mogliśmy dokonać z powodu braku urządzeń technicznych naszej pracowni.

U chorej rozpoznajemy małopłytkowość samoistną, *morbus maculosus Werlhofi, trombopenia essentialis (Frank) cum splenomegalia et pedonephritis Heubneri.* Rozpoznanie stawiamy na podstawie następujących objawów: brak dziedziczności i dużych krwotoków, wylewy skórne i podskórne, płeć *(haemophilia)*, przedłużenie czasu krwawienia, zwolnienie krzepliwości, dodatnie objawy Gumpel-Leede, Kocha i Hechta.

Chorej podajemy do wewnątrz arsen i próbujemy ostrożnie naświetlać śledzionę Roentgenem. (streszczenie własne).

W dyskusji: Kol. Frenkenberg zapytuje, czy nie warto było zastosować leczenia wątrobą. Kol. Rożkowski uważa, że ścisłe rozpoznanie w danym wypadku jest trudne, są pewne sprzeczności: są pewne zespoły, lecz brak niektórych objawów typowych. Pomimo wybroczyn skórnych i w śluzówkach, brak krwawień większych. Śledziona, która w tych wypadkach nie bywa wielka, tu przeciwnie duża (mamy *tumor lienis*). Dlatego rozpoznanie *trombopenia essentialis* nie jest zupełnie pewne. Należy chorą obserwować nadal. Pomimo braku innych objawów kiły, należałoby zastosować na próbę leczenie swoiste.

Prelegent odpowiada, że do leczenia wątrobą w danym wypadku niema wskazań. Co do leczenia przeciwkiłowego, próbowano stowarsol bez wyników dodatnich.

V. Prezes kol. Rożkowski zawiadamia, iż w zeszłym tygodniu zmarł aptekarz Zygmunt Lesiński, który był członkiem T-wa Lekarskiego Częstochowskiego od powstania Towarzystwa do czasu, gdy został złożony ciężką i przewlekłą chorobą. Zarząd T-wa zamiast wieńca na grób zmarłego złożył 50 zł na bezrobotnych.

Pamięć zmarłego uczczono przez powstanie.

VI. Kol. Rożkowski wygłosił odczyt: „Nowe prądy i hasła w lecznictwie". (Było drukowane w „Medycynie" Nr. 11 i 12).

Sekretarz: *Adam Borkowski.*

Warszawskie Towarzystwo Lekarskie.

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 29 września 1931 roku.

1. Kol. Prezes zagaja posiedzenie, życząc Towarzystwu owocnej pracy.

2. Protokół posiedzenia naukowego z dnia 23 czerwca 1931 r. przyjęto.

3. Kol. Prezes odczytuje wykaz prac nadesłanych do biblioteki T-wa.

4. Kol. Sekretarz Stały wygłasza wspomnienie o ś. p. Drze Stanisławie Kurtzu (streszczenie własne).

W dniu 1 lipca r. b. zmarł ś. p. Dr. Stanisław Kurtz, członek czynny naszego Towarzystwa od r. 1893.

Ś. p. Stanisław Kurtz urodził się w r. 1861 w majątku rodowym Borowina, ziemi Lubelskiej. W Lublinie też uczęszczał początkowo do szkół, niebawem jednak przeniósł się do Warszawy, gdzie zapisał się do słynnej na owe czasy szkoły X. Jana Pankiewicza, po ukończeniu której wstępuje, zrazu jako wolny słuchacz, na wydział lekarski Uniwersytetu Warszawskiego. Stopień lekarza otrzymuje w r. 1882. Wkrótce obejmuje stanowisko asystenta oddziału chorób kobiecych, prowadzonego przez Prof. Franc. Neugebauera w szpitalu Ś-go Ducha w Warszawie. Następnie udaje się na dłuższe studja do Pragi, Paryża. Tam pogłębia swą wiedzę w klinikach Prof. Pawlika, Winkela, Pozzego i Apostolego.

Po powrocie do kraju oddaje się ś. p. Kurtz z zapałem pracy społecznej. Już jako student pracuje on w kółkach oświaty ludowej, organizuje wytrwale imprezy dochodowe, ponosząc za nie nieustanne represje władz zaborczych. Podczas klęski głodowej w r. 1896 w Warszawie, żywi wraz z Bolesławem Prusem 300 rodzin t. zw. „resztkami". Później, z chwilą pewnego złagodzenia rosyjskiego, gniotącego Polskę, systemu, zakłada wraz z Teodorem Duninem i Edwardem Zielińskim, polską szkołę 2-klasową, jedną z najpierwszych, utrzymywaną przez szereg lat kosztem lekarzy warszawskich. Krzewi zamiłowanie sportu, i z górą przez lat 20 zasiada w Zarządzie T-wa Wioślarskiego. Jednocześnie bierze udział w Zarządzie Pogotowia ratunkowego i T-wa higienicznego. Niespożyte zasługi położył ś. p. Kurtz dla Szkoły im. Pankiewicza (dziś gimnazjum im. Tad. Czackiego), tworząc przy niej pierwsze opieki „rodzicielskie", późniejsze „Koło wpisów".

Drukiem ogłosił: „O stosowaniu Thiolu w ginekologii", w Warszawie r. 1892. — „Po konkursie londyńskim", Warszawa 1913, (odbitka z Medycyny i Kron. Lek.).

Jako lekarz odznaczał się ś. p. Kurtz szlachetną bezinteresownością. Dobry, uczynny dla kolegów, młodszym chętnie służył radą i pomocą. Wraz z Drem Stanisławem Kurtzem zeszedł do grobu przedstawiciel pięknego typu lekarza-Obywatela, prawego człowieka i dobrego Polaka. Uczcijmy pamięć Jego przez powstanie.

5. Kol. Prezes zawiadamia o objęciu przez Kol. Filińskiego i Goreckiego stanowisk ordynatorów w Szpitalu św. Stanisława (Warszawa).

6. Kol. Fidler A. przedstawia *„Przypadek bąblowca wątroby"* (streszczenie własne).

Chory P. W. lat 25 zgłosił się do Kliniki Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Warsz. w dn. 3. IX. 1931 r. ze skargami na bóle w okolicy prawego podżebrza. Obecna choroba rozpoczęła się przed dwoma laty napadem bólów w prawym podżebrzu, które trwały około 10 minut. Bólom tym towarzyszyły nudności, uczucie lęku i silne pocenie się. Po upływie roku, chory doznał tych samych dolegliwości o silniejszem jednak natężeniu, przyczem, czas ich trwania wynosił 15 minut. Od tego czasu bóle o podobnym natężeniu i w tym samym umiejscowieniu występowały co 10—14 dni, trwały około 2 minut, zjawiały się zwykle w nocy, były niezależne od jakości i ilości spożytych pokarmów, a łagodniały w pozycji leżącej z przykurczonemi do brzucha nogami. W czasie jednego z napadów nastąpiło żółtaczkowe zabarwienie skóry i białkówek. Chory stracił łaknienie, miał puste odbijania po jedzeniu i czuł się nieco osłabionym. Ostatnio chory uskarża się na nieznaczne bóle w okolicy prawego podżebrza, występujące tylko w czasie chodzenia. Poza tem wywiady bez znaczenia.

W stanie obecnym z odchyleń od normy stwierdza się nieznaczne uwypuklenia prawego łuku żebrowego, dalej wątrobę wystającą na szerokość dwóch palców z pod łuku żebrowego, twardą, lekko tkliwą, o brzegu zaokrąglonym, przytem między linją pachową przednią i sutkową prawą wyczuwa się na jej powierzchni zaokrąglenie wielkości połówki jabłka średniej wielkości.

Zanim przystąpię do omówienia wyników badań laboratoryjnych, przedstawię kolejno nasz bieg rozumowania, który skłonił nas do wszczęcia badań w pewnym, określonym kierunku.

Otóż, jakie możliwości wchodziły tu w rachubę: 1-o zaburzenia w krążeniu pod postacią biernego czy czynnego przekrwienia wątroby, czy też jej zawału, 2-o zmiany wsteczne w skrobiawicy, 3-o zmiany nowotworowe, 4-o wszelkie postacie marskości wątroby, 5-o choroby krwi, 6-o gruźlicę, promienicę i kiłę wątroby, 7-o ropień wątroby — odrzuciliśmy, gdyż brak było jakichkolwiek danych, które pozwalałyby na przyjęcie którejkolwiek z powyższych możliwości. Przeciwko kamicy wątrobowej, która przebiegałaby z przewlekłym stanem zapalnym prawego płatu wątroby, wywołującym rozrost tkanki łącznej, przemawiał brak bolesności w okolicy pęcherzyka żółciowego, oraz zbyt twarda jednak spoistość narządu. Pozostał nam zatem bąblowiec wątroby, na którego korzyść zanotowaliśmy zbitość wątroby oraz wypukłość w ograniczonym jej odcinku, wskazującą prawdopodobnie na obecność torbieli. Potwierdzenie rozpoznania znaleźliśmy w badaniach laboratoryjnych, stwierdzając we krwi eozynofilję wynoszącą około 8% (w stolcu pasorzytów nie wykazano), oraz odczyn Weinberga silnie dodatni. Hepatolienografja wykonana w II Instytucie Rentgenologicznym U. W. (Doc. Dr .A. Elektorowicz) wykazała w wątrobie obecność guza, odpowiadającego położeniem wypukłości wątroby. Dla porządku muszę zanotować fakt, że w żółci B. stwierdziliśmy liczne *lambliae intestinales* których obecność mogłaby nam tłumaczyć eozynofilję. Brak jednak w tej treści objawów zapalnych przemawiał zarówno przeciwko kamicy żółciowej, jak i przeciw bólom mającym swe źródło w umiejscowieniu się w drogach żółciowych wielkouśćca jelitowego.

Opierając się zatem na danych badań fizykalnego, laboratoryjnych, rentgenologicznych dochodzimy do wniosku, że w naszym przypadku mamy do czynienia z bąblowcem wątroby.

Dyskusja: Kol. Grott (streszczenie własne). Eozynofilja nie jest objawem charakterystycznym dla lambljazy, wobec czego jej wystąpienie w przypadku prelegenta należy raczej przypisać bąblowcowi. Ze względu na charakterystyczny zbieg okoliczności t. j. współistnienie bąblowca i zakażenia wielkouśćcem jelitowym, pozwolę sobie zaznaczyć, że podobny przypadek dawniej, gdyż jeszcze w r. 1875 prof. Lambl, ówczesny prof. Uniwer. Warsz. opisał pod tytułem: *„Przypadek Cercomonas intestinalis et echinococcus in hepate hominis"*. Opis ten dotyczy chorego ogrodnika E. C. lat 25, u którego, podczas badania pośmiertnego stwierdzono w płynie znajdującym się pomiędzy otoczką wątroby i torbielą bąblowca, ciecz śluzową, w której badanie, wykonane w obecności prof. Brodowskiego i D-rów Wrześniewskiego, Lewickiego i Ganina, wykazało obecność licznych, żywych wielkouśćców jelitowych. Jest to zupełnie możliwem, gdyż jak podaje Wetzler, wielkouściec jelitowy, znajdując się poza obrębem ustroju gospodarza zależnie od okoliczności, może dawać oznaki życia w ciągu od 2 do 36 godzin.

7. Kol. Roguski J. przedstawia *„Przypadek całkowitej utraty uwłosienia po ostrej chorobie zakaźnej"*. (Streszczenie własne).

Chory lat 25, z zawodu tokarz zgłosił się do II Kliniki Chorób Wewnętrznych U. W. z prośbą o przywrócenie utraconego przez 8 miesiącami uwłosienia. W grudniu r. 1930, wśród ogólnego niedomagania, zaczęły choremu stopniowo wypadać włosy głowy, poczem i w innych miejscach skóry. Po 2 tygodniach gorączka sięgała powyżej 40°; chory w ciągu kilku dni był zamroczony. Po kilku dniach ciepłota spadła do 38° aby w ciągu 2 tygodni wrócić do normy. W tym okresie chory utracił wszystkie paznokcie obu kończyn górnych; po ustąpieniu gorączki chory był całkowicie pozbawiony uwłosienia. Paznokcie zaczęły szybko odrastać i obecnie są ukształtowane prawidłowo. W wywiadach poza tem należy zanotować nadużywanie przez chorego alkoholu. W 10 roku życia chory przebył czerwonkę. Na parę tygodni przed opisaną chorobą gorączkową zakaził się rzeżączką, która przebiegała z zapaleniem prawego najądrza. Przed 3 laty stwierdzał w stolcu glisty.

Badanie przedmiotowe wykazuje skórę o zlekka łuszczącym się naskórku, pozbawioną całkowicie wszelkiego uwłosienia oraz meszku włosowego. Wyraźne drżenie rąk. Tarczyca niepowiększona. Jądro prawe wielkości orzecha włoskiego, twarde, niebolesne. Tętno 60—72 na minutę (w całkowitym spokoju). Wątroba wystaje z pod łuku żebrowego na 2 palce, miękka, bolesna. Eozynofilja we krwi 7.5%. Jaj pasorzytów w stolcu nie wykryto. Podstawowa przemiana materji wzmożona o 47—58%. Odczyny Wassermanna i citocholowy ujemne. Surowica chorego aglutynuje pałeczki duru rzekomego B 1:200; duru rzekomego C zaś 1:100. Ze stolca chorego wyhodowano w P. Z. H. pałeczki czerwonkowe typu Flexnera. Badanie układu wegetatywnego (próba Danielopolu, adrenalinowa i pilokarpinowa) wykazuje hiposympatykotonję oraz mierną hiperwagotonję.

Badanie histopatologiczne wycinka skóry ze wzgórka łonowego, wykonane przez Zakład Anatomji Patologicznej U. W. wykazało „pod nabłonkiem tkankę włóknistą z naciekami limfocytarnemi, ogniskującemi się głównie dookoła naczyń torebek włosowych; jeszcze głębiej znajdują się gruczoły łojowe i gruczoły potowe dość znacznie rozgałęzione".

W przypadku naszym stwierdzamy zatem utratę uwłosienia zupełną *(alopecia totalis)* w czasie choroby gorączkowej. Osobnik nasz przedstawia objawy hiposympatykotonji, hiperwagotonji oraz zaznaczone objawy nadczynności tarczycy (drżenie rąk, wzmożoną przemianę podstawową). Mechanizm zadziałania czynnika toksycznego i punkt jego zadziałania na skórę (miejscowo, przez układ współczulny czy też gruczoły wydzielania wewnętrznego) jest w chwili obecnej niemożliwy do rozstrzygnięcia.

Dyskusja: Kol. Filiński przypuszcza, że czynnik zakaźny zadziałał bezpośrednio na samą skórę. Zachodzi tu podobieństwo do duru brzusznego i plamistego, tylko że tam stan uwłosienia poprawia się. Podobny przypadek spostrzegał u małego dziecka. Przyczyną była również jakaś sprawa gorączkowa jednak bliższych danych nie można było uzyskać. Z gruczołów wydzielania wewnętrznego tylko tarczyca i gruczoły płciowe mają wpływ na stan uwłosienia. Wyłysienie zdarza się najczęściej w niedomodze wydzielniczej tarczycy.

Kol. Gerner zwraca uwagę na wpływ nadnerczy na siłę uwłosienia. W przedstawionym przypadku mówiono stale o nadczynności tarczycy. Chory ma wprawdzie nieco wzmożoną przemianę materji, ale ma zwolnione tętno i rozpiętość parcia krwi nie jest tak znaczna, jak w chorobie Basedowa. Wypadanie paznokci może wskazywać zarówno na nadczynność jak i niewydolność tarczycy. Dlatego też w tym przypadku należy raczej mówić o rozchwianiu czynności tarczycy *(dysthyreosis)*. Podobne przypadki spostrzegano i leczono małemi dawkami tarczycy (Lewi) i uwłosienie wracało.

Kol. Grzybowski sądzi, że w przypadku tym najprawdopodobniej było tylko zapalenie najądrzy, a nie jąder, które były zdrowe, nie mogły one przeto wpływać na wypadanie włosów. Wyłysienie plackowate *(alopecia areata)* łączy się z nadczynnością tarczycy i to znajduje często potwierdzenie. Wpływ może mieć także układ sympatyczny. Spostrzegano, że po okołotętniczem wycięciu nerwów współczulnych *(sympathectomia periarterialis)* paznokcie odrastają. Doświadczalnie udaje się wywołać wyłysienie ogólne przez podawanie *thalii acetici* (działanie ośrodkowe przez tarczycę i układ współczulny). W chorobach zakaźnych nigdy nie wypada meszek, co zależy od odmienności unerwienia włosów i meszku. Z tego też względu należy odrzucić tu tło zakaźne wyłysienia.

Kol. Higier (streszczenie własne). Interpretacja przypadku wobec braku obserwacji z okresu ostrego, gorączkowego jest wielce utrudniona. Analogizowanie przez przedmówców postaci *„alopeciae localis"* z demonstrowaną *„alopecia universalis"* jest chybione. Są to dwie zupełnie odrębne sprawy: pierwsza jest po większej części sprawą zapalną lub pasorzytniczą *(pilogen, papillogen)*, wyjątkowo nerwowa *(neurogen)*. To samo tyczy się wspomnianej w dyskusji *area Celsi*, która jako wyłysienie plackowate wysepkowate może być pochodzenia jednego i drugiego. Hipertrychozę miejscową, H. widział po *postrzałach w obrębie n. kulszowego*, lokalną hipertrichozę spotykał również na tle nerwowem *w porażeniu dziecięcem* jednej kończyny, w chorobie rdzeniowej *Heine-Medina*. O wiele ciekawsze i rzadsze są ogólne utraty uwłosienia, które sztucznie, drogą toksyczną udaje się wywołać przy wprowadzeniu do ustroju *thallium aceticum* u ludzi i zwierząt. Podczas wojny opisywano takie wyłysienie rozlane po ciężkich *urazach somatycznych* czaszki *(commotio cerebri)* i po ciężkich wstrząsach i urazach duchowych *(commotio psychica)*.

Częstsze są wyłysienia endokrynopatyczne, wielogruczołowe, poddające się czasem organoterapji. Nie sądzę atoli, aby przedstawiony chory należał do tej kategorji. Pojedyńcze drobne objawy Basedowa nie wystarczają tu do rozpoznania. Zresztą utratę uwłosienia — zazwyczaj częściową — obserwuje się tu i ówdzie przy tyreopatjach, ale tylko w hipotyreozie *(myxoedema)*, nie zaś w hipertyreozie *(morbus Basedowi)*.

Trudno tu także mówić o *alopecia postinfectiosa vulgaris*, która, jako spotęgowane lenienie zjawia się zwykle w kilka tygodni po przebytem zakażeniu (nie zaś jak w danym wypadku już w pierwszych tygodniach choroby), nie jest tak doszczętna, uniwersalna, tak złośliwa i długotrwała (blisko rok). Z pojęciem *konstytucjonalnej nadwrażliwości skóry i aparatu włosowego (u blondynów z jasną tęczówką)* też nie wiele wskóramy przy rokowaniu lub ustalaniu patogenezy.

Dla bliższego określenia siedliska choroby powołać się wypada na pojedyńcze obserwacje analogicznego wyłysienia i łojo-

toku w przebiegu i podczas *epidemji encephalitis lethargica i polyneuritis acuta infectiosa.* W tych cierpieniach przypuszcza się uszkodzenie ośrodka naczynioruchowego — troficznego tkanek powierzchownych czyli ośrodka włosoregulacyjnego — w rodzaju ośrodków termo- i gliko regulacyjnego, wodo- i soloregulacyjnego, położonego w międzymóżdżku, *hypothalamus ventralis*, od którego dalsze tory biegną przez szare jądra pnia mózgowego i rdzenia do obwodu. Do tego wegetatywnego ośrodka podstawowego dopływają stale bodźce psychiczne i hormonalne czuciowe i toniczne od segmentów pnia mózgowego (włosy czaszki, brwi, rzęs, wąsów), tułowia (włosy pachy i pachwiny), i kończyn.

Nie jest przeto wykluczone, że chory przechodził *encephalitis diencephali acuta*, która już w pierwszych tygodniach dotknęła ośrodka głównego włosoregulacyjnego w *Hypothalamus*, w pobliżu wodociągu Sylwjusza, co dało tak wczesną i tak zupełną łysinę.

Rokowanie nie łatwo w tym wypadku postawić. O ile naogół uszkodzenie torów nerwowych na obwodzie *(polyneuritis infectiosa)* ulega niewraz, jak wszystko na obwodzie, szybkiej odbudowie, o tyle zajęcie samego ośrodka daje ciężkie rokowanie, mniejsza o to czy zajęta jest substancja szara w węzłach podstawy mózgu, czy też przednich rogach rdzenia, lub też w sąsiednim pęczku przedniobocznym.

Kol. Roguski stwierdza, że wypadanie i brak włosów mogą być zarówno w nadczynności jak, i niewydolności wydzielniczej tarczycy.

8. Kol. Grott J. W. i Petrynowski W. omawiają *„Zakażenie dwunastnicy i dróg żółciowych wielkouśćcem jelitowym"*, (streszczenie własne).

Stosując systematyczne zgłębnikowanie dwunastnicy we wszystkich przypadkach cierpień wątroby, autorowie wykryli u 18 osób zakażenie wielkouśćcem jelitowym *(Lamblia intestinalis)*. Niejednokrotnie *lamblia* była przyczyną ciężkich powikłań oraz uporczywego przebiegu choroby. Stwierdzenie jej obecności u chorego pozwalało w tych przypadkach nietylko na ustalenie istotnej przyczyny cierpienia, lecz również umożliwiło zastosowanie skutecznego leczenia.

Przed zakażeniem wielkouśćcem jelitowym nie chroni ani prawidłowa ani też podwyższona kwasota treści żołądkowej; eozynofilja również nie jest objawem charakterystycznym wbrew temu, co zwykle spotyka się w innych stanach chorobowych, wywołanych przez pasorzyty.

Badanie stolców, pomijając dość kłopotliwą technikę, ze względu na t. zw. ujemne okresy w wydalaniu torbieli *(cystes)* przez wielkouśćca jelitowego, posiada b. względną wartość dla rozpoznania, tak, że jedynie wydobycie treści dwunastniczej zgłębnikiem Einhorna, może być uważane, jako jedyny czynnik, rozstrzygający o obecności wielkouśćców w ustroju.

Jako środki lecznicze autorowie stosowali nowarsenobenzol Billon dożylnie lub stowarsol L. S. S. doustnie. Na mocy własnego doświadczenia autorowie uważają, że w walce z uporczywem cierpieniem, jakiem jest zakażenie dwunastnicy i dróg żółciowych wielkouśćcem jelitowym — najbardziej skuteczne jest leczenie skombinowane nowarsenobenzolem i stowarsolem.

W pierwszym okresie leczenia, dla szybkiego opanowania choroby, należy dawać dożylnie nowarsenobenzol oraz stosować zgłębnikowanie dwunastnicy z następowem przemywaniem słabym roztworem Lugola. Później zaś, przez czas dłuższy, dobrze jest podawać okresowo stowarsol doustnie. Leczenie można uznać za ukończone dopiero wtedy, gdy okresowo powtarzane zgłębnikowanie dwunastnicy nie wykaże braku nawrotów cierpienia przynajmniej w ciągu 6 miesięcy.

Dyskusja. Kol. Fidler uważa, że stowarsol działa bardzo dobrze w tego rodzaju schorzeniach. Prelegenci nie otrzymali z nim dobrych wyników, gdyż zaczynali leczenie od nowarsenobenzolu.

Kol. Gerner stwierdził, że torbiele w kale zdarzają się rzadko. Różnicowanie ich jest bardzo trudne ze względów technicznych i zwykle daje wyniki niepewne.

Kol. Petrynowski leczył parę przypadków początkowo stowarsolem, jednak bez skutku. Dopiero podanie nowarsenobenzolu dało dobre wyniki. W mniej niż połowie przypadków, w kale nie znaleziono torbieli, mimo stosowanych barwień (eozyna, płyn Lugola).

Kol. Grott. W odpowiedzi kol. Gernerowi muszę zaznaczyć, że właśnie w referacie naszym specjalnie podkreśliliśmy, że w praktyce nie można polegać na badaniu stolców na obecność torbieli wielkouśćca jelitowego i że tylko badanie treści dwunastniczej może być uważane, jako decydujące dla rozpoznania.

9. Kol. Bartoszek T. wygłosił odczyt o *„Leczeniu zimnicy"* (streszczenie własne).

Prelegent omówił piśmiennictwo dotyczące leczenia zimnicy, oraz podał sposób i wyniki leczenia w 24 własnych przypadkach. Wnioski ostateczne:

1) Na zasadzie obszernego piśmiennictwa, dotyczącego leczenia zimnicy, należy wnosić, że dotąd niema jeszcze środka, któryby okazał się lepszy i zastąpił całkowicie chininę w leczeniu zimnicy.

2) Najstaranniejsze leczenie chininą nie zapewnia doszczętnego wyleczenia zimnicy.

3) Opierając się na punkcie 2-gim należy, obok leczenia chininą, stosować środki pomocnicze. Najdzielniejszym lekiem wspierającym chininę w czwartaczce, jest błękit metylenu, w trzeciaczce preparaty arsenobenzolu, w zimnicy podzwrotnikowej — plazmochina.

4) W czwartaczce i trzeciaczce plazmochina może do pewnego stopnia zastąpić chininę.

5) W leczeniu zimnicy bardzo jest wskazane stosowanie metod prowokacyjnych. (Odczyt w całości będzie wydrukowany w Polskiem Archiwum Medycyny Wewnętrznej).

Dyskusja. Kol. Orłowski zwraca uwagę na pominięcie niektórych skutecznych sposobów leczenia, stosowanych w czasie wojny światowej w przypadkach, gdy chinina zawiodła. Do nich należą: dożylne wstrzykiwanie *natrii kakodylici*, podskórne — strychniny z dodatkiem chininy. Na Polesiu leczą zimnicę jodem. Kojarzenie jodu z chininą działa dobrze w tych przypadkach gdzie sama chinina nie daje wyniku. Zapytuje, w jaki sposób dokonano prowokacji w przypadku, leczonym plazmochiną.

Kol. Bartoszek odpowiada, że wstrzyknięto 1 cm^3 adrenaliny 1:1000 oraz dokonano jednego naświetlenia śledziony promieniami Roentgena. Krew badano parokrotnie.

Kol. Orłowski stwierdza, że posiadamy około 20 metod prowokacyj. Należy wybrać jedną, a gdy ta zawodzi próbować innej. Adrenalinę wstrzykuje się przez trzy dni, a krew trzeba badać w trzeciaczce na 3—4 dzień, w zimnicy podzwrotnikowej nawet na 14-ty. Śledzionę naświetla się zazwyczaj kilka razy, a badanie krwi wykonuje się nawet do 2-ch tygodni.

Prowokację uważa się za udaną, gdy wystąpi napad lub gdy we krwi znajdą się pasorzyty.

Kol. Bratkowski przypomina o ludowych środkach leczenia. W Rosji używają nalewki słonecznikowej *(tra helianthi annui)* w przypadkach, gdy chorzy nie znoszą chininy. Stosuje się ją od 30—60 kropli 3—4 razy dziennie, a nawet łyżeczkami od herbaty (o ile chory znosi). Leczenie trwa kilka dni, później następuje przerwa. W Polsce spotykał leczenie nalewką alkoholową z kawy niepalonej. Jest ona strasznie gorzka.

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 6 października 1931 roku.

1. Protokół posiedzenia naukowego z dnia 29. września 1931 r. przyjęto.

2. Kol. Prezes odczytał wykaz prac nadesłanych do Bibljoteki T-wa.

3. Kol. Filiński W. i Nowosadko G. przedstawili przypadek *„Interrenalismus et Hyperthyreoidismus"*. (Streszczenie własne).

Przedstawiają przypadek kobiety dwudziestopięcioletniej z zarostem męskim na brodzie. Oprócz tego zwracają uwagę na znaczne powiększenie tarczycy, szczególniej po stronie prawej. Gruczoły piersiowe i narządy płciowe zewnętrzne rozwinięte prawidłowo. Macica zmniejszona.

Miesiączki od czternastego roku życia występują co kilka miesięcy. Stosunki płciowe utrzymuje od dwudziestego roku życia. W ciążę nigdy nie zachodziła.

Referenci uzależniają męskie uwłosienie brody od nadczynności kory nadnerczy. Kora nadnerczy rozwija się z mezodermy i u niższych kręgowców stanowi oddzielny narząd — *organon interrenale* — niezwiązany z układem chromochłonnym (istota rdzeniowa nadnerczy). Zawiązki gruczołów płciowych i narządu międzynerkowego znajdują się w bezpośredniem sąsiedztwie, a może nawet rozwijają się z jednego zawiązku wspólnego. Wobec tego nie trzeba się dziwić, że kora nadnerczy wpływa na powstawanie cech płciowych drugorzędnych. Dotychczasowe spostrzeżenia świadczą o tem, że nadczynność kory, wynika najczęściej z gruczolaków tego narządu. Odchylenia, które z tego powstają, zależą od okresu rozwoju ustroju.

Interrenalismus w życiu płodowem prowadzi do obojnactwa rzekomego, w okresie dziecięcym — do przedwczesnego dojrzewania, a u osobników dojrzałych płciowo — do rozwoju cech drugorzędnych płci odmiennej.

Dodać należy, że *interrenalismus* dotyczy prawie wyłącznie kobiet.

Przerost tarczycy i zwiększenie podstawowej przemiany materji o 30% pozwala mówić u tej kobiety o jednoczesnem wzmożeniu czynności i tego narządu. Trudno powiedzieć jaki jest tu wzajemny stosunek tarczycy i kory nadnerczy. Nasuwa się przy-

puszczenie, że tarczyca wpływa w danym przypadku hamująco na czynność jajników (rzadkie miesiączkowanie), chociaż niektórzy przypisują taki sam wpływ i korze nadnerczy.

Dyskusja: Kol. Kryński uważa, że między gruczołami wydzielania wewnętrznego istnieje tak ścisła łączność, iż trudno jest określić niektóre cierpienia. Niewątpliwie zagadnienie tworów interrenalnych jest ciekawe, jednak zmiany w omawianym przypadku mogą zależeć od tylnej części przysadki. Należałoby przeto oddziaływać stosowaniem wyciągów przysadkowych.

Kol. Filiński podaje, iż chora dostawała przetwory jajnika. Wyciągów przysadki nie podawano, gdyż chora miała wybitne uwłosienie kończyn dolnych, wobec czego wyciągi te mogłyby zwiększyć jeszcze bardziej stopień uwłosienia.

4. Kol. Roguski J. wygłasza odczyt o *„Badaniach doświadczalnych nad zachowaniem się żółci pęcherzykowej w zakażeniu dróg żółciowych"*. (Streszczenie własne).

Prelegent, na zasadzie swych badań, wykonanych na psach z przetoką pęcherzykową, stwierdza następujące cechy żółci pęcherzykowej, niezakażonej: współczynnik załamania refraktometrem Pulfricha nieoznaczalny (większy od 100), sucha pozostałość 20.0—23.4%, zawartość azotu całkowita 442—672 mg w 100 cm³, cholesteryny 19—78 mg w 100 cm³, chlorków nieprzekraczającą 34 mg w 100 cm³; napięcie powierzchniowe waha się w granicach 0.80—0.88 (woda 1.0).

Zakażenie samoistne dróg żółciowych, dość częste przy badaniach doświadczalnych, uniemożliwia otrzymywanie przez dłuższy czas żółci pęcherzykowej o składzie typowym; współczynnik załamania, azot całkowity, jak i pozabiałkowy oraz sucha pozostałość w tych stanach się obniża, natomiast chlorki narastają.

Dożylne wstrzyknięcie pałeczek duru rzekomego B — i to niezależnie od tego, czy towarzyszy mu bakterjocholja, powoduje utratę przez żółć cech żółci pęcherzykowej, lecz już po kilku dniach żółć pęcherzykowa odzyskuje swoje wartości.

Długość przebywania bakteryj w drogach żółciowych nie zależy wyłącznie od właściwości żółci, jako pożywki, wchodzi tu bowiem również w grę sposób wtargnięcia bakteryj do pęcherzyka, moment drażnienia mechanicznego, prąd żółci i własności osobnicze zarówno zwierzęcia, jak i szczepu bakteryj.

Dyskusja: Kol. Filiński zwraca uwagę, że przy tak wysokim współczynniku możnaby otrzymać dokładniejsze dane rozcieńczaniem żółci. Trudno jest ustalić, czy żółć jest pęcherzykowa, czy wątrobowa. Własności żółci zależą od czasu przebywania jej w pęcherzyku oraz od czynności jego śluzówki, która ma zdolność zagęszczania. Najciekawszy jest fakt, że zakażenie dróg żółciowych powoduje utratę zdolności zagęszczania.

Kol. Orłowski przypomina, że przez długi czas twierdzono, iż kamienie żółciowe powstają w zależności od dwu czynników: 1) zastoju żółci i 2) zakażenia dróg żółciowych. Zdaniem Naunyna następuje złuszczanie się nabłonków pęcherzyka, które powoduje nagromadzenie się cholesteryny, ta zaś porywa wapń i tworzą się kamienie. Backmeister i Aschoff wykazali, iż sam zastój żółci może powodować powstawanie kamieni promienistych. Następnie stwierdzono, że cholesteryna powstaje nietylko z nabłonków, lecz duże znaczenie mają nadnercza, ciałko żółte, niektóre pokarmy. Dzięki równoczesnym badaniom Chauffard'a i Orłowskiego przekonano się, że bardzo dużą rolę odgrywa przemiana cholesteryno-lipoidowa. Również duże znaczenie mają komórki miąższu wątroby. W razie uszkodzenia tracą one zdolność przetwarzania cholesteryny na kwasy żółciowe, cholesteryna łatwiej wtenczas strąca się w żółci. Badaniami kol. Roguskiego chciano stwierdzić, czy poglądy o powstawaniu kamieni żółciowych są słuszne. Chodziło tu zatem o doświadczalne przekonanie się, czy istotnie zakażenia dróg żółciowych sprzyjają powstawaniu złogów w drogach żółciowych. Przekonano się jednak, że metody oznaczania żółcianów są nieścisłe i zaniechano ich określania. Praca daje bogaty i ciekawy materjał. Prostuje ona szereg danych poprzednich i współczesnych, może służyć za podstawę dalszych badań nad zagadnieniem wpływu zakażenia na stan żółci pęcherzykowej. W dalszych badaniach główną uwagę należałoby zwrócić na wpływ przewlekłych zakażeń dróg żóciowych, powstałych drogą krwi.

Kol. Roguski żółci nie rozcieńczał przez oszczędność materjału, którego miał bardzo mało, badania zaś były liczne i różnorodne. Badania swe uważa za ogniwo w łańcuchu dociekań w zakresie patologji dróg żółciowych i wątroby.

5. Kol. Hrom St. omawia wpływ *„Kwasicy i alkalozy doświadczalnej na układy krążenia i oddychania u ludzi zdrowych"* (streszczenie własne).

Badania przeprowadzono na osobach zdrowych. Do zakwaszenia używano doustnie chlorku amonu w ilości 0,2 g na kilogram wagi, do alkalizowania — dwuwęglanu sodu w ilości 0,3 g na kilogram wagi. Badani mieli ściśle określone godziny przyjmowania leków, zachowywali normalną dietę przy uregulowaniu wysiłków w ciągu dnia. Dokonywane obserwacje dotyczyły ich stanu podmiotowego oraz przedmiotowego ze szczególnem uwzględnieniem zachowania się wagi ciała, stanu tętna, ciśnienia tętniczego, ciśnienia żylnego, zachowania się naczyń włosowatych, porównawczej analizy elektrycznej oraz mechanicznej, krzywej pracy serca; obok powyższego kontrolowano stan oraz liczbę oddechów na minutę jak również napięcie CO_2 w powietrzu pęcherzyków oddechowych. Każdodzienne oznaczanie poziomu zasobu zasad dopełniało całości spostrzegań. Każda serja badań poprzedzona była t. zw. dniem kontrolnym, w którym wszystkie wyżej wymienione określenia zostawały odcyfrowywane.

Na podstawie obserwacji 20 przypadków osób zdrowych ze sztucznie wywołaną kwasicą i alkalozą można było stwierdzić: 1) obniżanie się ciśnienia żylnego w kwasicy, natomiast jego wzmaganie się w alkalozie 2) zwężanie się naczyń włosowatych w kwasicy — rozszerzanie się ich w alkalozie, 3) dążność do zmniejszania się ciśnienia skurczowego w kwasicy, gdy częściej obniżało się w alkalozie ciśnienie rozkurczowe, 4) niezmienność czasu trwania poszczególnych załamków elektrokardjogramu oraz okresu PA w czasie trwania kwasicy i alkalozy, przy odchyleniach niestałych jedynie w zakresie wysokości załamków, 5) opóźnianie się załamków skurczowych mechanogramu w alkalozie w stosunku do takichże w elektrokardjogramie, 6) brak wybitniejszego wpływu stanu kwasicy i alkalozy na liczbę tętna, 7) dążność do zwiększania się liczby oddechów w kwasicy, natomiast zmniejszania się w alkalozie, 8) zmniejszanie się napięcia CO_2 pęcherzyków oddechowych w kwasicy i zwiększanie się w alkalozie, 9) spadek wagi przy kwasicy, narastanie jej w czasie trwania alkalozy, 10) doświadczalna kwasica i alkaloza wytwarzają swoisty dla siebie stan podmiotowy, którego odchylenia szybko cofają się, nawet pomimo trwania doświadczenia.

Dyskusja: Kol. Filiński uważa wyniki za bardzo ciekawe i ważne, zwłaszcza dla patologji narządów krążenia. Wykazują one, iż naczynia krwionośne nie tworzą układu naczyń połączonych w znaczeniu fizycznem. Widzimy bowiem, że w zakwaszeniu ciśnienie krwi w żyłach spada, a w tętnicach wzrasta. Stąd wynika, że regulacja ciśnienia krwi odbywa się w miejscu przejścia tętnic w żyły, a zatem w naczyniach włoskowatych. Tłumaczy się to skłonnością naczyń włoskowatych do skurczu w zakwaszeniu ustroju.

Kol. Michalski Z. stwierdza, że cały szereg podobnych objawów występuje w wielu schorzeniach (np. miażdżyca nerek). Tytuł odczytu jest nieco nieścisły, gdyż nie była to kwasica w ścisłem znaczeniu. Kwasica bowiem wywołuje przesunięcia jonów wodorowych we krwi. Można zatem mówić tylko o „wpływie środków zakwaszających lub alkalizujących na człowieka zdrowego".

Kol. Apfelbaum. (Streszczenie własne). W odpowiedzi kol. Michalskiemu podkreśla, że chorzy w badaniach prelegenta byli bezspornie zakwaszeni, co klinicznie ujmujemy mianem kwasicy. W dobie obecnej posiłkujemy się szeregiem danych, stanowiących miernik zarówno zakwaszenia klinicznego, jak i doświadczalnego. Dane te dotyczą zmian i odchyleń w szeregu moderatorów ustroju, których własności tłumikowe zmieniają się w zależności od ilości doprowadzanych jonów kwaśnych, jak np. 1) tłumik węglanowy, mierzony ilością zasobu zasad we krwi i parciem pęcherzykowem CO_2, spadającemi w zakwaszeniu, 2) stan amonjurji i fosfaturji, wzrastających w tych stanach, 3) stosunek chloru krwinek i osocza i t. d.

Na podstawie tych badań i danych podmiotowych jesteśmy dziś w stanie określać dość ściśle stan zakwaszenia ustroju, bez względu na to, czy jest ono wyrazem zmian chorobowych, czy dotyczy zakwaszenia doświadczalnego. Wspomniane w dyskusji stężenie jonów wodorowych we krwi jest już tylko ostatecznem podsumowaniem procesów, które zaszły i wskaźnikiem, ulegającym niewielkim wahaniom.

Może ono tylko świadczyć częściowo o t. zw. kwasicy wyrównanej bądź niewyrównanej, w której stężenie to spada.

Jednakże brak wahań pH krwi nie stanowi żadnego miernika zakwaszenia.

Kol. Orłowski prostuje błąd drukarki. Opuszczono bowiem w tytule wyraz „doświadczalnej". Przeprowadzone badania są żmudne i ogromne. Mają też duże znaczenie, gdyż zakwaszenie jest obecnie metodą leczniczą. O jego wpływie na ustrój ludzki nic dotychczas nie wiedzieliśmy. Prace równocześnie są prowadzone na I Klinice Chorób Wewnętrznych U. W. Ciekawe będzie porównanie wyników.

6. Kol. Węgierko J. wygłasza odczyt o *„Hypoglicaemia paroxysmalis spontanea"*. (Streszczenie własne).

Autor badał zachowanie się cukru we krwi oraz krzywą glikemiczną po podaniu 50 g cukru gronowego u kobiet, przeważnie otyłych, znajdujących się lub zbliżających się do okresu przekwitania płciowego. Kobiety te wykazywały szereg objawów kli-

nicznych, pozwalających sądzić, że występuje w nich zespół zw. zespołem hipoglikemicznym. A więc: napadowy głód, osłabienie, drżenie kończyn, często poty i osłabienie wzroku. Po zjedzeniu czegośkolwiek, szczególnie pożywienia słodkiego, objawy te mijały.

Okazało się, że krew badana, w czasie występowania powyższych objawów, wykazuje wybitne obniżenie cukru we krwi do 60 mg %. Podany w tym czasie cukier gronowy w ilości 50 g podnosił wybitnie cukier we krwi i hiperglikemja trwała dłużej, niż wówczas, kiedy było podane również 50 g cukru gronowego, ale w dniu wolnym od napadu hipoglikemicznego, naczczo. Cukier określano we krwi co 15 minut przez godzinę.

Na zasadzie swoich doświadczeń, autor dochodzi do wniosku, że objawy hipoglikemji występować mogą samoistnie (bez podawania insuliny) u kobiet otyłych, najczęściej w okresie przekwitania. Autor stwierdził również, że hipoglikemja może wystąpić samoistnie i u chorej na cukrzycę. Przyczyną powstawania napadowego, samoistnego obniżania się cukru we krwi jest najprawdopodobniej zaburzenie dokrewno-wegetatywne.

Dyskusja: Kol. Grott uważa omawiane spostrzeżenia za ciekawe. Podobne przypadki spotykamy klinicznie dość często. Grają tu rolę dwa momenty: 1) zespół hipoglikemiczny oraz 2) poziom cukru we krwi. Ten ostatni nie rozstrzyga sam o napadzie. Spostrzegał bowiem przypadki, gdzie ilość cukru we krwi wynosiła około 40 mg, mimo to napadu hipoglikemji nie było. Badania Goldblata, dotyczące jednoczesnego wstrzykiwania insuliny i adrenaliny królikom wykazały, że napadów tych nie można łączyć z poziomem cukru we krwi. Duże znaczenie ma układ wegetatywny. Podkreślić trzeba, że w badaniach prelegenta objawy hipoglikemji występowały u ludzi, wykazujących pewne odchylenia od normy. Natomiast, jak już nadmieniłem, u zupełnie zdrowych nie było ich wcale, mimo dość niskiego poziomu cukru we krwi. Przedstawione krzywe są ciekawe. Zachodzą jednak pewne różnice od dotychczasowych spostrzeżeń. Należałoby przeto omawianych chorych przebadać dokładniej. Dobrze byłoby określić cukier nietylko we krwi palca, lecz i z żyły, w ten sposób otrzymamy również pewne pojęcia o zachowaniu się cukru w tkankach.

Kol. Fidler twierdzi, że ludzie, u których krzywa cukru w napadzie hipoglikemji ma przebieg niski, w okresie wolnym od napadu osiąga poziom wysoki. Zależy to nietylko od samego poziomu cukru, lecz od wytrząsania adrenaliny do krwiobiegu. Wznoszeniu się krzywej towarzyszy zwiększone ciśnienie krwi, zwiększenie liczby krwinek białych, głównie limfocytów. Wtedy także występuje zwiększone wytwarzanie adrenaliny, które jest przeciwstawieniem wstrząsu hipoglikemicznego. Przemawiają za tem pomiary śledziony oraz inne objawy spostrzegane w próbie Freya. To tłumaczyłoby podobny przebieg krzywej.

Kol. Węgierko podaje, iż są chorzy wrażliwi na insulinę. Przy jej podawaniu występuje wstrząs hipoglikemiczny. Podawał wtedy 30 g cukru trzcinowego. Jeżeli poziom cukru był niski, to podanie cukru wznosiło go znacznie. Po podaniu insuliny następował spadek, a gdy podano cukier, wzniesienie. W przypadkach usunięcia trzustki, po podaniu cukru poziom jego we krwi był bardzo wysoki. Duże znaczenie prawdopodobnie ma wątroba. Pod wpływem zadziałania na nią jakiegoś bodźca następuje nadmierne uruchomienie cukru.

Zastępca Sekr. Dorocznego: *Karol Chodkowski.*

Protokół z posiedzenia lekarzy szkolnych z dnia 21 maja 1931 r.

Przewodniczący: Dr. Kopczyński.

Doc. Dr. Adolf Wojciechowski wygłosił odczyt na temat: *Kiedy i na jak długo ma być zwolnione dziecko od ćwiczeń cielesnych ze stanowiska chirurga?*

Referent ustala przedewszystkiem pojęcie ćwiczenia cielesnego, podkreślając, że ćwiczenia łagodne, typu gimnastyki szwedzkiej, nastręczają daleko mniej przeciwwskazań, niż więcej energiczne wyczyny. Następnie przypomina prelegent o konieczności zwalniania dzieci przez czas dłuższy po przebyciu ostrych spraw zakaźnych wieku dziecięcego, gdyż uraz łatwo może wywołać tu powikłanie ze strony stawów lub kości. Przechodząc do właściwych schorzeń chirurgicznych, omawia je po kolei, dzieląc je na sprawy zapalne, ostre, sprawy zapalne przewlekłe, sprawy urazowego pochodzenia, sprawy nowotworowe i wreszcie sprawy o etjologji rozmaitej, lecz szczególnie osłabiające wpływające na narządy ruchu, w pierwszym rzędzie na kościec. Podług zdania prelegenta gruźlica kostna, nawet w stanie t. zw. wyleczenia, stanowi warunkowe przeciwwskazanie do ćwiczeń cielesnych. Z innych spraw zapalenie wyrostka robaczkowego wymaga zdaniem prelegenta zwolnienia zupełnego aż do chwili wykonania operacji. Po operacji, o ile niema szczególnych przeciwwskazań, dziecko winno zacząć ćwiczyć po upływie 3—4 tygodni. W końcu podkreśla prelegent, że cały czas miał na myśli ćwiczenia normalne i że w wielu sprawach chorobowych, wymienionych jako przeciwwskazanie do ćwiczeń, uczniowie z pożytkiem korzystać mogą z gimnastyki, ale typu odmiennego, przystosowanego do warunków danej sprawy, względnie z gimnastyki leczniczej. Nawołuje też prelegent lekarzy szkolnych do częstego uczęszczania na lekcje gimnastyki, aby drogą bezpośrednich spostrzeżeń mogli się orjentować co do typu ćwiczeń cielesnych, stosowanego w danej szkole.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Komunikat Naczelnej Izby Lekarskiej o utworzeniu Biura Propagandy Medycyny Polskiej, ogłoszony w Dzienniku Urzędowym Izb Lekarskich Nr. 10 z dnia 1 października b. r., znalazł żywy oddźwięk wśród lekarzy, co jest najlepszym dowodem potrzeby takiego Biura. W nadsyłanych listach zwracają Szanowni Korespondenci w pierwszym rzędzie uwagę na racjonalną organizację pracy, którąby zapobiegła wykonywaniu tych samych wysiłków przez różne czynniki i różne osoby. Biuro Propagandy Medycyny Polskiej, chce obecnie nawiązać kontakt z szeregiem czasopism zagranicznych, w sprawie umieszczenia w nich streszczeń polskich prac lekarskich. Kierując się zasadą organizacji pracy, B. P. M. P. prosi Panów Lekarzy, którzy są stałemi korespondentami pism zagranicznych, o powiadomienie z jakiemi pismami zagranicznemi pracują, aby pism tych nie brać już pod uwagę.

Posiedzenie naukowe Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego odbyło się we wtorek dn. 24 listopada 1931 r. Na porządku dziennym: 1) K. Chodkowski. Teratoma embryonale thoracis. 2) A. Trojanowski. Wnioski dotyczące anatomji patologicznej raków płuc i oskrzeli, na podstawie sekcyjnego materjału statystycznego Zakładu Anatomji Patologicznej U. W. (1919 — 1930). 3) A. Kapłan. O nadciśnieniu tętniczem.

Kraków.

Krakowskie Towarzystwo Lekarskie. We środę, dnia 25. listopada b. r. odbyło się zwyczajne posiedzenie naukowe Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego z następującym porządkiem dziennym: Dr. H. Wachtel: Działalność naukowa Guidona Holzknechta. — Prof. Dr. Gieszczykiewicz: Etiologja grypy.

Polskie Towarzystwo Oto-Laryngologiczne. Posiedzenie naukowe Polskiego Towarzystwa Oto-Laryngologicznego odbyło się w czwartek dn. 26. XI. b. r. o godz. 20-ej w Zakładzie leczniczym Dr. Czarneckiego, Zgoda 8. Porządek dzienny: 1) Demonstracje chorych: a) J. Czarnecki: Pokaz chorej po operacji plastycznej przepukliny mózgowej. b) Golakowski i Karbowski: Przypadek sekcyjny ropnia międzyoponowego pochodzenia usznego. c) B. Karbowski: Przypadek porażenia wielu nerwów czaszkowych. d) Z. Srebrny: Przypadek bezgłosu kurczowego (dysphonia spastica). 2) Odczytanie protokółu poprzedniego posiedzenia. 3) Sprawa zjazdu we Lwowie. 4) Wolne wnioski.

Lwów.

Wybór Wiceprezydenta Miasta Lwowa P. Iżyka na Prezesa Towarzystwa Walki z Gruźlicą. Nadzwyczajne Walne Zgromadzenie Lwowskiego Towarzystwa Walki z Gruźlicą w dniu 16 listopada wybrało Prezesem Towarzystwa Wiceprezydenta Miasta P. Iżyka wyrażając Wydziałowi votum zaufania a Dyrekcji Towarzystwa uznanie za dotychczasową pracę. Uchwalono ponadto stworzenie sekcji do walki z gruźlicą u zwierząt domowych jako pierwszą w Polsce instytucję tego rodzaju.

Okręgowy Związek Kas chorych we Lwowie donosi: na podstawie art. 2 ust. z dnia 2. XII. 1921 r. w przedmiocie wykonywania praktyki lekarskiej w Państwie Polskiem Dz. U. R. P. Nr. 105 poz. 762 i upoważnienia Min. Spr. Wewn. z dnia 16. IX. 1929 r. Nr. Z. O. 3428/29, Wojewódzki Urząd Zdrowia reskryptem L. 1265/31 z dnia 17. XI. b. r. zaliczył Lecznicę Okręgowego Związku Kas chorych we Lwowie (Dwernickiego 3) do tych zakładów leczniczych, które mają prawo przyjmowania kończących studja lekarzy na jednoroczną praktykę lekarską. Lecznica posiada oddziały: wewnętrzny, chirurgiczny, ginekologiczno-położniczy, rentgenologiczny, laboratorja oraz wszystkie ambulatorja specjalistyczne z ośrodkiem chorób zawodowych łącznie.

Poznań.

XVII. Zebranie Wydziału Lekarskiego T. P. N. łącznie z Oddziałem Poznańskim Polskiego Towarzystwa Pedjatrycznego odbyło się w piątek dnia 27 listopada 1931 r. w sali wykładowej Kliniki Dermatologicznej U. P. (Szpital Miejski, ul. Szkolna), z następującym porządkiem obrad: 1) Komunikaty Zarządu i wybór nowych członków. 2) Pokazy. 3) Dr. Stanisław Okoniewski: Higjena rasy a zagadnienie lekarskiej opieki nad młodzieżą szkolną i jej wychowaniem fizycznem.

Z kraju.

Magistrat warszawski kasuje poradnie lekarskie. W ustalonym przez komisję budżetową magistratu warszawskiego budżecie wydziału zdrowia na rok 1932/33, dokonano ze względów oszczędnościowych licznych i znacznych skreśleń, zwłaszcza wydatków personalnych i rzeczowych przy miejskich ośrodkach zdrowia. Oszczędności z tego tytułu dać mają około 750.000 zł.

Instytut dla badania raka otwarto w Wilnie. W niedzielę 22 listopada nastąpiło otwarcie instytutu do badania raka przy ul. Połockiej, w obecności arcybiskupa Jałbrzykowskiego, biskupów Bandurskiego i Michałkiewicza, wicewoj. Jankowskiego, rektora Januszkiewicza, i licznych przedstawicieli świata nauki. Poświęcenia instytutu, przeznaczonego narazie na 40 łóżek, dokonał ks. arcyb. Jałbrzykowski. Przemawiali: prezes komitetu badania raka w Wilnie dyr. Białas, wiceprez. polskiego komitetu do badania raka w Warszawie dr. Weinert, rektor uniwersytetu wileńskiego prof. Januszkiewicz i p. wicewoj. Jankowski. Otwarty instytut rakowy w Wilnie jest czwartym z kolei w Polsce po Warszawie, Łodzi i Lwowie.

Na Zjeździe lekarzy-ortopedystów polskich, jaki odbywał się w Warszawie w dn. 8 i 9 b. m. wybrany został na następną kadencję dwuletnią na prezesa dr. Adolf Wojciechowski z Warszawy, na wiceprezesa — dr. M. Grobelski z Poznania.

Sezon zimowy w Szczawnicy. Z zapoczątkowania Związku Lekarzy w Szczawnicy i Komisji Zdrojowej będzie otwarty w tym roku sezon zimowy w Szczawnicy od 15 grudnia, do 1 marca. W tym celu czyni się odpowiednie przygotowania do uruchomienia sezonu klimatyczno-zdrojowego i sportowego w Szczawnicy: urządza się skocznię, tor saneczkowy, ślizgawkę i t. d. Szczawnica, dzięki swym znakomitym naturalnym warunkom, najlepiej nadaje się do rozwinięcia sportu zimowego. Dojazd dla Kuracjuszów ze Starego Sącza jest zapewniony wygodnemi autobusami.

Choroby zakaźne w Polsce. (Według urzędowych danych).

Nazwa chorób	Tydzień 39 od 20-26/IX 1931 r.		Tydzień 40 od 27/IX do 3/X 1931		Tydzień 41 od 4—10/X 1931 r.		Tydzień 42 od 11—17/X 1931 r.	
	zach.	zgony	zach.	zgony	zach.	zgony	zach.	zgony
Dżuma	—	—	—	—	—	—	—	—
Ospa	—	—	—	—	—	—	—	—
Cholera azjatycka	—	—	—	—	—	—	—	—
Dur brzuszny	515	34	458	27	468	29	397	24
Paradury	—	—	1	—	—	—	—	—
Dur plamisty	2	—	6	1	3	—	1	—
Dur powrotny	—	—	—	—	—	—	—	—
Czerwonka	65	6	46	6	23	5	16	7
Płonica	528	15	572	22	652	19	655	15
Błonica	418	17	407	14	449	25	583	29
Zap. op. mózg. (nagminne)	15	9	5	1	6	2	11	2
Odra	160	2	198	—	290	2	326	1
Róża	91	7	81	2	87	3	118	2
Krztusiec	110	6	77	3	150	5	88	8
Zimnica	2	—	1	—	1	—	1	—
Gorączka połogowa	39	8	20	5	41	9	28	5
Trąd	—	—	—	—	—	—	—	—
Jaglica	405	—	302	—	392	—	327	—
Wąglik	—	—	2	—	—	—	1	—
Nosacizna	—	—	—	—	—	—	—	—
Włośnica	2	—	—	—	—	—	4	—
Wścieklizna	—	—	—	—	—	2	—	—
Zatrucie mięsne	1	1	—	—	—	—	9	—
Choroba Heine Medina	5	1	2	—	1	—	1	—
Twardziel	—	—	1	1	—	—	2	—
Inne choroby zakaźne	84	2	98	1	102	1	112	5

Ze świata.

Odznaczenia Lekarzy. Kongres międzynarodowego Towarzystwa sądowo-lekarskiego w Chicago na wniosek prof. Miloslawicza z uniwersytetu w Wisconsin U. S. A. mianował jednomyślnie swym członkiem honorowym profesora Wszechnicy Jagiellońskiej Dra Leona Wachholza.

Kongres Międzynarodowy Opieki nad Dzieckiem w Lizbonie. W dniach od 25—29 października r. b. odbył się V-ty międzynarodowy kongres opieki nad dzieckiem. Siedziba delegacji tych zjazdów mieści się w Brukseli. Kongres obradował w trzech sekcjach: prawnej, lekarskiej i pedagogicznej. W sekcji prawnej głównym tematem rozpraw była sprawa „możliwości rozciągnięcia kompetencji trybunałów d'a małoletnich aż do pełnoletności cywilnej i władzy trybunałów na wszystkie kwestje prawa familijnego, obchodzącego małoletnich (autorytet opiekuństwa)". W sekcji lekarskiej jako temat główny: „organizacja walki z gruźlicą i syfilisem w instytucjach opieki nad dzieckiem". W sekcji pedagogicznej przedmiotem dyskusji były dwa tematy główne, pierwszy — „organizacja terminowania w różnych rzemiosłach ze stanowiska pedagogicznego, ekonomicznego i społecznego", drugi temat — „sprawa przeciążenia szkolnego". Na prośbę głównego Komitetu organizacyjnego Zjazdu referat na drugi temat opracował naczelny wizytator higjeny szkolnej naszego Ministerstwa Oświecenia dr. St. Kopczyński. Referat ten został rozdany uczestnikom kongresu.

Curiosa. Dziwny conajmniej dowód swego międzynarodowego uświadomienia daje w numerze z września 1930, redakcja International Journal of Medicine and Surgery New York City, U. S. A. w następującym tytule: Intestinal Hemorrhages in thyphoid fever by Vladimir Mikulowski. M. D. from the Marles and Mary Hospital for Children. Warsaw, U. S. S. R. (to samo powtórzone w spisie końcowym).

Międzynarodowy Kongres Lekarski w Vichy. Wyłączny temat: Kamica żółciowa. Międzynadodowy Kongres Lekarski o kamicy żółciowej odbędzie się w Vichy w dniach od 19 do 22 września 1932 roku pod przewodnictwem profesora Carnot'a, członka Académie de Médecine. Obrady jego podzielone zostaną na sekcje: 1) Teoretyczno-djagnostyczna. 2) Chirurgiczną. 3) Terapji i wodolecznictwa. 4) Elektro-radjo- i fizjoterapji. Tytuły referatów winny być przesłane do Sekretarjatu Głównego najpóźniej do dnia 1 czerwca 1932 r. Treść referatów wygłoszonych na Kongresie ma być, po przepisaniu na maszynie i poprawieniu w formie ostatecznej, złożona w Sekretarjacie Głównym. Referat nie powinien przekraczać pięciu stron pisma maszynowego, po 40 wierszy na stronie i po 68 liter w wierszu. Wobec znacznej już liczby zgłoszonych referatów, każdy z uczestników będzie mógł przemawiać raz jeden, a czas przemówienia ograniczony zostaje do 10 minut. Wpisowe ustalone zostało dla członków w wysokości 50 fr. franc., obejmuje ono już koszt sprawozdania z Kongresu, które rozesłane zostanie później uczestnikom. Uczestnikom towarzyszyć mogą członkowie ich rodzin, którzy chcieliby wziąć udział w uroczystościach organizowanych z racji Kongresu; każdy z uczestników winien podać liczbę towarzyszących mu osób i za każdą z nich wpłacić wpisowe w wysokości 25 fr. franc. Wszelkie informacje uzupełniające przesłane zostaną uczestnikom Kongresu w czasie późniejszym. P. P. Lekarze, którzy chcieliby wziąć udział w Kongresie, proszeni są o zgłoszenie go pod adresem: Secrétariat Général du Congrès, 24 Boulevard des Capucines, Paris; tam również przesyłać należy wszelką korespondencję.

Redakcja otrzymała:

M. Chiray et P. Chêne. Les dyspepsies nerveuses.

R. Monod. L'anesthésie en pratique chirurgicale. Masson et Cpnie 1931.

R. Henry et G. Busson. Manuel d'urétroscopie. Masson et Cpnie Paris 1931.

L. Bernard: Les débuts et les arrêts de la tuberculose pulmonaire. Masson et Cpnie. Paris 1931.

Minist. spraw wewn. „Sprawozdanie o stanie zdrowotnym Rzeczypospolitej Polskiej oraz o działalności władz i instytucyj zdrowia publicznego w latach 1928—1929. Warszawa 1931.

Maciesza Aleksander. „Leon Rutkowski jako badacz naukowy". Wydawnictwo Towarzystwa naukowego płockiego. Warszawa, 1931 r.

Polski Związek przeciwgruźliczy „Działalność poradni przeciwgruźliczych w Polsce w r. 1929. Warszawa 1931.

Rassegna Internationale et clinice et terapie. Anno XII. vol. XII. nr. 15, 17, 1931.